

同年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	課長	担当者	資格	得喪	年 月 日	被扶養者 台帳照合 者印
支給額	拾万 千 百 拾 円					前回	始	年 月 日	
							終	年 月 日	
支給決議書	支給期間	年 月 日 日間	全部支給	期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日 日間	入院期間		年 月 日 日間	
	備考	決定標準報酬 千円	一部不支給	理由	1・2・3・4・5・6・7・8 平成 年 月 日から 平成 年 月 日 日間		該当条文		法第104条、法第108条

## 健康保険傷病手当金請求書 (第 回)

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号と番号	.....	被保険者の氏名と押印	.....	印	
	被保険者の現住所	〒 .....				方
	事業所の名称			被保険者の標準報酬月額	千円	
	被保険者の資格を取得した年月日	昭和・平成 年 月 日	被保険者の業務の種別			
	発病または負傷の年月日	平成 年 月 日	傷病名			
	発病の状態または負傷の原因を詳しく					
	疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間			
	(ア)うへの 書いた期間の分の報酬を受けましたか、または受けられますか	受けた ・ 受けない ・ 受けられる ・ 受けられない				
	(イ)報酬支払を受けたとき、または受けられるときは、その報酬の額とその報酬額支払の基礎となった(なる)期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		の分として 円		
	(ア)うへの 書いた期間中に入院した期間がありますか	ある ・ ない				
(イ)入院した期間があるときは	(a)病院名			(b)病院の所在地		
	(c)入院した期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間				
	(d)健康保険で入院しましたか 自費で入院しましたか	健 保・強制収容・自 費・その他		(e)被扶養者がおりますか	いる・いない	
	(f)被扶養者がいるときはその者の	氏 名		生年月日	被保険者との続柄	
				年 月 日		

平成 年 月 日 提出

支払希望の銀行	振込先金融機関名	銀行 信用金庫 支店	
	預金種別口座番号	普通・当座	
	預金名義人	(フリガナ) .....	(TEL) .....