受付年月日	年 月 日
伺い 年月日	年 月 日
決裁 年月日	年 月 日

決裁	常務理事	事務長	課長	係長	担当

健康保険組合記入欄

支給支払決議書			
支給額			年 月 日
			年 月 日
支給開始		年 月 日	標準報酬月額 千円（第 級）
支給期間		自 年 月 日 至 年 月 日 日間	障害年金額・日額障害手当金 円(日額 円)
			老齢（退職） 年金額 円(日額 円)
前回	始	年 月 日	全部・一部不支給 期間 / / ～ / / 日間
	終	年 月 日	金額・理由 円( )

事業所から給料補填の算定のため、本件情報の求めがあるときは開示しますのでご承知下さい。

傷病手当金請求書

請求回数

（第 1 回目） ※毎月提出してください。（ 給与の締め毎に ）

具体的に

被保険者が記入する欄

①被保険者証の記号・番号	記号 123 番号 456	② 仕事の内容	総務担当事務
③事業所の名称及び所在地	名称 ○○○○株式会社	所在地	○○県○○市○○町1-2-3
④資格を取得した年月日	昭・(平)・令 27 年 4 月 1 日	⑤ 標準報酬月額	220 千円
⑥発病又は負傷の年月日	平成29 年 11 月 15 日	⑦ 傷病名	脊椎圧迫骨折
⑧ 発病又は負傷の原因		⑨第3者行為によるものですか	（(いいえ)・ はい）
⑩労務に服することが出来なかった期間	平成29 年 11 月 16 日 から 平成29 年 11 月 30 日まで 15 日間		
⑪上記期間の報酬の全部又は一部を受けたとき、又はうけることができるときはその報酬額及び期間	⑩の期間中に報酬の支給があった場合記入（通勤交通費含む） 平成29年11月16日から平成29年11月20日まで 5日間	受けた報酬額	52,340円
⑫障害年金、障害手当金を受けているとき又は受けることが出来るとき	ア 年金の種別 （ 障害年金 ・ 障害手当金 ）	イ 年金額 円	ウ 年金支給事由の傷病名
	エ 年金を受けることとなった年月日	オ 障害年金をうけている場合は基礎年金番号・年金ｺｰﾄﾞ	
⑬ 退職後、傷病手当金の支給申請をされている方	ア 老		求中 ・ イイエ
	イ 年金の名称	ウ 基礎年金番号及び年金ｺｰﾄﾞ又は記号番号若しくは番号	エ 受給開始年月日 / オ 年金額
			年 月 日 / 円
			年 月 日 / 円
			カ 年金の合計額 円

該当する場合はご記入ください

⑭ 振り込み希望の金融機関	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義（被保険者名義に限ります）
	○○○ 銀行 金庫 組合	○○	(普)・当 1234567	フリガナ ケンコウ タロウ 健康 太郎

⑮ 上記の通り請求いたします。 平成 29 年 12 月 10 日

住所 ○○県○○市○○町1-2-3

電話番号 ○○○ － ○○○ － ○○○○

被保険者の 氏名 健康 太郎

京葉ガス健康保険組合理事長 殿

⑩5W1Hで詳しく ⑪第三者の行為によるものであるとき所定の届出をする

事業主が証明する欄

ア 労務に服さなかった期間 自 月 日 至 月 日

出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/で、早退は早で、表示してください(全休のとき記入不要)…勤怠締めで作成

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	労務に服さなかった日の合計
月																																
月																																
月																																日

勤務先の記入欄

イ 上記の労務に服さなかった日を含む月に報酬があればその内訳（給与締毎）（支給全額）

報酬の名称	支払対象期間（給与締め切り期間を記入）	実際の支払金額（左記期間支給額）	（無欠勤の場合の1ヶ月支給額）	支払月日
基本給	年 月	円	円 ( )	月 日
手当	年 月	円	円 ( )	月 日
手当	年 月 日 ～ 年 月 日 日間	円	円 ( )	月 日
手当	年 月 日 ～ 年 月 日 日間	円	円 ( )	月 日
手当	年 月 日 ～ 年 月 日 日間	円	円 ( )	月 日
手当	年 月 日 ～ 年 月 日 日間	円	円 ( )	月 日

＊上記の実際の支払金額の算定方法（控除・日割等）を所定の用紙（報酬支払い説明書）に記載し添付して下さい。

該当する報酬形態の全てに○印	月給 日給月給 日給 歩合給 時間給 役員報酬 （ ）【 日締 日払】
現在迄も将来も支給しないときはその旨	

上記の通り相違ないことを証明します。 年 月 日

事業主 住所 名称 氏名

ア. 労務に服さなかった日=有給・公休・欠勤（早退は労務不能初日以外は出勤日扱）

ウ. 会社を退職した後の期間に係る請求は事業主証明不要。

イ. 報酬=役付・家族・通勤・住宅・残業等、支給した全ての金額 通勤定期代は現金でも現物（券）でも報酬となる。

療養を担当した医師が意見を書く欄

21 傷病名		22 発病又は負傷の原因	
23 発病又は負傷年月日	年 月 日	24 療養の給付を開始した年月日	年 月 日
25 労務不能と認めた期間	年 月 日から 年 月 日迄 日間	26 左記期間中の診療日数	日間
27 傷病の主症状および経過概要			
28 労務不能と認められた医学的な所見			
29 上記の期間中入院がある場合その期間	年 月 日から 年 月 日迄 日間	30 入院費用の別	健保 ・ 公費 ・ 自費 ・ その他

医療機関の記入欄

31 上記の通り相違ありません。 年 月 日

住所（所在地） 電話 － － 番

医療機関名

医師氏名

＊期間の計算は、両端入れ12日～18日は7日間 ＊字句を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）を記入

A3ヨコ