No.		

																							IVC			
1	日水	、伺	年)	月日	平	成		年		月			日	常和	务理事	易	ļ.	務	長	会詢	t	1	及者		被 扶台帳照	養 者合印
水	1	支 / 医	払年	月日	平	成		年		月			日													
	.1	_/ 支	給	額			拾万	万	千	百		拾	円													
```		+	法	60	数	項	目	日 額	日数		拾万	万	干	百	拾	円資	資	得	年	月	E	前	始	年	月	日
		支給決	定	100				円								Ħ	各	喪	年	月	E		終	年	月	日
	支 支 払 給	定	,,					П							$\dashv$	┪	λ			年	月	日	から			日間
	JZJ MH	の額	付	100													人院斯間		:	年	月	日	まで			H123
	決		加					円									間		法算	9 46 条		該	当	•	不該当	á
	議	支給期間	法定	平成	年	月	日~	平成	年	月	日	E	日間	備	決定村	票準	報	怬								
	書	期間	付加	平成	年	月	日~	平成	年	月	日	E	日間	考												

手 当 当 付 加 求 金 請 傷病手 健康保険 (第 回目) 綸付記 雲 受 理 被保険者証の記号・番号 月 日 受付年月日 生 年 支給額計算 月 日 В 0 : 無 0 0 0 0 0 0 0 4 0 1 有 1 タロウ 被保険者(ブリガナ)  $\neg$ 記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください 事業所 株式会社 業務の (請求者) 事務 健保 太郎 の氏名と印 の名称 」印欄は記入しないでください。 種 別 (フリガナ) ケン マチ 0 0 0 0 0 0 郵便番号 0 被保険者 (請求者) 県 市 町1-1 の住所 住所コード 被 発病又は負傷年月 (療養開始日) 年 日 保 傷 J カ 骨折 険 傷 掮 年 月 В カ t 者 人保健法の医療受けたとき 市 田丁 村 号 受 給 者 番 묵 発 行 機 関 等 が ^(エ) 介護保険法のサービス 保 険 者 番 号 被 保 険 者 番 保 険 者 名 称 受 け た 第三者行為によるものですか ^(オ)発病の状態又は 自治体のマラソン大会に参加した際、転倒し、 負傷の原因を詳し 右足を骨折した。 0:11112 1:は い 年 日 月 傷病又は負傷の療養を 自 平成 月 日から するため休んだ期間(支給期間) 日間 る 平成 月 年 日まで 至 (カ) うえの に書いた (キ)報酬の支払いを受けた(受 平成 年 月 日から の分として 期間の部分の報酬を 受けた 受けない けられる)ときはその報酬 受けましたか、又は 受けられますか (ク) 障害厚生年金又は障害手当金を受給 平成 年 月 日まで の額と、その報酬支払の 受けられる (受けられない) 基礎となった(なる)期間 障害厚生年金又は障害手当金の受給の 3 礎 年 金 番 号 していますか 原因となった傷病名 Tバえ 請求中・はい 任意継続被保険を資格 喪失 老 (コ) 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか いいえ・請求中・はい (サ) 年金コード又は記号番号もしくは番号 年 額 金 円 円 者者 円 の 円 金 計 額 方 の 合 (22)支給 (23) 回数 (28)海外 (29)特別支 表示 給コード 日 (26)調整減 (27)調 査 先 コ ー ド 年

月

月

日

年

日提出

事 業 所担当者印

領	金	円也領収いたしました。									
収		平成 健康保険組合理事長殿	年	月	日						
書		氏名									

1

2

円

月

(24)

支給算出額(手)

年

平成

受付日付印

0:国内

1:海外

(備

考

	労務に服さなかった期間	出動はで、有約	給は で、公休は公で、	欠勤は/でそれぞれ表		
	(シ)	年 月 12345	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17	18 19 20 21 22 23 24 25 26 2	27 28 29 30 31 出勤	有 給
	年月日から	年 月 12345	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17	18 19 20 21 22 23 24 25 26 2		日
事	年月日まで	年 月 12345	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17	' 18 19 20 21 22 23 24 25 26 3	LLI XII	有 給
業					計	
	日間		6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17			
主	(ス)	(30) (自) 年 月	日至年月	日日日間	月日日額	日支払円
が	うえの期間中 の分として、	(31) (自) 年 月	日 至 年 月	日日間	円 月	日支払
	報酬を全額	(32) (自) 年 月	日 至) 年 月	日 日間	<u> </u>	日支払
証	又は一部支給 した場合	(c) E F	日至年月	日日間	<u>日額</u> 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	日支払
明	又は支給する	(33)		н ны	日額	円
ਰ	場合					
*	現在までも又は将来支給しない場合はその	もら				
る	うえのとおり相違ないこ	<del></del>		21/		3
欄	フルのとのう相连ないと	ことを証明しより。			лх <del>+</del> /л і	<b>⊣</b>
	住 所 〒					
	事業主					
	氏 名			電話(	局)	番
	傷病名					
療	発 病 又 は					
養	負傷の年月日		年	月	日	
を	療養の給付を		—————————————————————————————————————	—————————————————————————————————————		
担	開始した年月日		<u></u>	H		
当	発病又は					
し	負傷の原因			七の期間		
た			月 日から	左の期間 日間 中の診療		日間
医		平成 年 )	月 日まで	実日数		口旧
師	傷病の主状態					
が	および経過概要					
意						
見						
を	(タ) うえの期間中に					
書	入院した期間がある		月 日から	日間 入院の	健 保・公 費 自 費・その他	
<	場合はその期間	平成 年 )	月 日まで	費用の別	自 費・その他	R
۲	うえのとおり相違あり	ません。			平成 年 月	日
こ	住所(所在地)〒					
3	医師 医療機関名					_
	氏 名			電話	( 局)	番
	(34)	,年 ,	月,日,年,月	: 日		
	(34) 減額期間	期間自	至			円
	(35) 全 部 不 支 給	#000	月 日 年 月	日 日 数		'
	全部不支給	期間自		日		
	(43) 不支給(法定外)	期間自	月日五年月	日 日 数		
	个文船(法定外)	期間 自	至	日		
+	(36) 1.振込	(20)		<b>◇</b> 87.>>		
支払金融機関	++/5/ 2.銀行送	金 (38) (38)		銀行金庫		本店 支店
金	3. 郵便局 4. 当地払	送金 預 2:当		農協	(	文店)
機機	(37) 金融機関	種しる・世			垂印	 (便局
関の	コード	別 4:別	n +x	1		· IX_(Li)
割			口座名義	健化	呆 太郎	
百只	(39) 口座番号 0 0 0 0	0 0 0		1		
台只					- n ·	_
	(39)     口座番号     0     0     0     0       本請求に基づく給付金に		に委任します。	<u> 1</u>	平成 年 月	日
受	本請求に基づく給付金に		<u>・・・・</u> に委任します。	Σ	成 年 月	日
受取	本請求に基づく給付金に被保険者 は、請求者		<u>・・・・・</u> 、に委任します。	Z	☑成 年 月	日
受取代	本請求に基づく給付金に 被保険者 住 所 (請求者) 氏 名		<u>-                                      </u>	Ī	平成 年 月	日
受取代理	本請求に基づく給付金に被保険者 は、請求者			Ī	平成 年 月	日
受取代	本請求に基づく給付金に 被保険者 住 所 (請求者) 氏 名			Σ	平成 年 月	日
受取代理人の	本請求に基づく給付金に 被保険者 (請求者) 氏 名 (40) 代理人の 氏名と印		に委任します。 (アンパガナ)	Z	平成 年 月	日
受取代理人	本請求に基づく給付金に 被保険者 住 所 (請求者) 氏 名	関する受領を代理人			平成 年 月	日

# [記入上の注意]

### (被保険者の注意事項)

- 1.(イ)の欄は、単に事務員、工員と記入することなく「経理担当事務員」「仕上げ工」「旋盤工」等具体的に 記入してください。
- 2.(ウ)の欄は、老人保健の医療受給者証に記載されている事項について記入してください。
- 3.(エ)の欄は、介護保険の被保険者証に記載されている事項について記入してください。
- 4.(オ)の欄は、日時(いつ、何時頃)、場所(どこで)、何をしていて等具体的に記入してください。
- 5. (38)の欄は、該当する番号を で囲んでください。
- 6.傷病の原因が第三者の行為によるものであるときは、別に「第三者の行為による傷病届」をこの書類に添付してください。
- 7.(カ)の欄は、請求書を提出するときに現在までのことを「受けた」「受けない」に又将来のことを「受けられる」「受けられない」に分けて二つの事項をで囲んでください。
- 8.(ケ)の欄は、(ク)の欄又は(コ)の欄で「はい」又は「請求中」に を付けた方のみ、基礎年金番号を記入してください。
- 9.(サ)の欄は、(コ)の欄で「はい」に を付けた方のみ、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類に記載されている年金コード又は記号番号もしくは番号を記入してください。
- 10. 給付金の受領方を他人に依頼するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入してください。
- 11.証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所及び氏名を明記した翻訳文を添付してください。
- 12. 印の欄は、記入しないでください。
- 13.被保険者が自ら署名する場合には、 欄の被保険者の押印は不要です。 なお、被保険者以外の方の押印を省略することはできません。

## (事業主の注意事項)

14.「全額支給」又は「一部支給」とは、一日当たりの賃金の全額又は一部のことです。

# (医師の注意事項)

15.(ソ)の欄は、なるべく詳しく記入してください。

### (共通する注意事項)

- 16. 、(シ)、(ス)、(セ)及び(タ)の欄の期間の計算は、両端を入れて計算してください。たとえば、4月 5日から 4月 15日までは、11日間となります。
- 17.字句を訂正する場合は、誤った字句を拝消して氏名欄の認印を押し、その上に正しい字句を記入してください。

### 〔添付書類〕

18.(コ)の欄で「はい」に を付けた方は、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類の写し及びその額及びその支給開始年月を証明する書類並びにその直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)を添付してください。