No.

決議日	伺年月日	平成　年　月　日	常務理事	事務長	会計	扱者	被扶養者台帳照合印
	支払年月日	平成　年　月　日					
	支給額	拾万　万　千　百　拾　円					

※ 支給決定 支払決議書

| 支給決定の額 | | | | |

事業主が証明する欄

労務に服さなかった期間	出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。			
(シ) 年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月	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	計 出勤 日	有給 日
	年 月	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	計 出勤 日	有給 日
	年 月	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	計 出勤 日	有給 日
	年 月	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	計 出勤 日	有給 日

(ス) うえの期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合又は支給する場合					
	(30)	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	円	月 日支払 日額 円
	(31)	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	円	月 日支払 日額 円
	(32)	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	円	月 日支払 日額 円
	(33)	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	円	月 日支払 日額 円

現在までも又は将来も支給しない場合はその旨	

うえのとおり相違ないことを証明します。　平成　年　月　日

事業主
住所 〒
氏名　㊞　電話（　局）　番

療養を担当した医師が意見を書くところ

傷病名	
発病又は負傷の年月日	年　月　日
療養の給付を開始した年月日	年　月　日
発病又は負傷の原因	
(セ) 労務不能と認めた期間	平成　年　月　日から　平成　年　月　日まで　日間　左の期間中の診療実日数　日間
(ソ) 傷病の主状態および経過概要	
(タ) うえの期間中に入院した期間がある場合はその期間	平成　年　月　日から　平成　年　月　日まで　日間　入院の費用の別　健保・公費　自費・その他

うえのとおり相違ありません。　平成　年　月　日

医師
住所（所在地）〒
医療機関名
氏名　㊞　電話（　局）　番

※

(34) 減額期間	期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日数 日	金額 円		
(35) 全部不支給	期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日数 日			
(43) 不支給（法定外）	期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日数 日			

支払金融機関の額

(36) 支払区分	※ 1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払	(38) 預金種別	1：普通 2：当座 3：通知 4：別段
(37) 金融機関コード	※	○○	銀行 金庫 農協　○○　本店 支店　郵便局
(39) 口座番号	0 0 0 0 0 0 0	口座名義	健保　太郎

受取代理人の欄

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　平成　年　月　日

被保険者（請求者）
住所
氏名　㊞

(40) 代理人の氏名と印	(フリガナ) ㊞	
(41) 代理人の住所	(41) 郵便番号	(フリガナ)
	(42) 住所コード ※	

〔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. ④⑱(38)の欄は、該当する番号を〇で囲んでください。
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〇で囲んでください。
8. (ケ)の欄は、(ク)の欄又は(コ)の欄で「はい」又は「請求中」に〇を付けた方のみ、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」に〇を付けた方のみ、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、⑨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. ⑲、(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、誤った字句を抹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」に〇を付けた方は、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。