

# 支給決定伺

支給決定額	円	[健保]			
支払年月日	令和 年 月 日	理事長	常務理事	事務長	担当
決裁年月日	令和 年 月 日				
支給開始日	令和 年 月 日				
支給期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	計算式		
資格取得日	昭和 平成 令和 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日		

R3/7/1 更新

## 健康保険 傷病手当金請求書 (第 回目)

\*A3サイズで印刷してください \*太枠線内を記入してください \*鉛筆、フリクションペンの使用は不可です

提出日	令和 年 月 日	<b>*1回の申請・支給は最大2カ月分までとします。</b>			
被保険者証 記号・番号	—	被保険者の 氏 名	( 歳)		
事業所の名称		業務内容 (具体的に)			
連絡先住所	〒 — (Tel )				
傷 病 名		発病又は 負傷の年月日	令和 年 月 日(頃)		
発 病 又 は 負 傷 の 原 因	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 交通事故	傷病又は負傷の ため休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
けがの場合は「 <b>負傷原因届</b> 」を提出してください。 第三者行為、交通事故(自損事故含む)による傷病の場合は、健保組合までご連絡ください。					
療 養 の た め 休 ん だ 期 間 の 療 養 状 況	療養期間中の病状を詳しく記入してください。				
	医師からの治療に関する指示内容を記入してください。				
療養のため休んだ期間の報酬について	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 受けない	「受けた」「今後受ける」 場合の報酬の額とその 基礎となる期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	円	
障害厚生年金又は 障害手当金の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 請求中	年金番号	傷病名	年額 円	
高齢年金について (喪失者のみ)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 請求中	年金番号	年額	円	
年金受給中の場合は、「年金証書」(写)と「年金振込通知書」(写)を添付してください。 退職後の期間について申請する場合は、退職後の「保険証」(写)と「雇用保険受給延長通知」(写)を添付してください。					
委 任 状 及 び 照 会 同 意	・表記の請求金額の受領を _____ に委任します。 _____				
	・健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定において、東洋水産健康保険組合より関係機関に対して情報の照会を行うこと、また、この東洋水産健康保険組合の照会に対し関係機関が回答することについて同意します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 (自署)				

\*療養を担当した医師の方へのお願い:労務不能と認めた期間は、**証明日以前の期間**を記入してください。

療 養 を 担 当 し た 医 師 の 意 見 欄 ( * 記 入 し た 内 容 を 修 正 す る 場 合 は 訂 正 印 が 必 要 で す 。 )	傷 病 名				
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因				
	発病又は 負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	療養の給付開始日 (初診日)	平成・令和 年 月 日	
	労務不能と 認めた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	日間	左の期間中の 診療実日数	日間
	うち入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	日間		
	傷病の主症状 及び経過概要 ※ <b>診療実日数が 0日の場合は</b>  その理由も 記入して ください	労務不能期間中における主たる症状、経過、治療内容、療養指導等(できるだけ詳しくご記入下さい)  症状及び経過等からみて従来の職種について労務不能と認めた医学的な所見  復職の見込みについて (令和 年 月頃から就労可能の見込み・現時点では不明 )			
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日  所在地 〒 医 師 名 称 _____ (印) _____ 氏 名 _____ *自署の場合は捺印省略可					

事 業 主 記 入 欄	労務不務に服さ なかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	日間	賃金計算方法 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給	
	上記期間中の有給 休暇・欠勤・休日 の状況	有給休暇 日間、 欠勤 日間、 公休日 日間			
	勤務状況	[出勤は○] [有給休暇は△] [公休は公] [欠勤は/] でご記入ください。			
		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		
	上記期間に 対する支給	<input type="checkbox"/> 現在までも将来も支給しない <input type="checkbox"/> 全部支給または一部支給した(する) ※支給有り:賃金台帳の写しを添付してください。			
		上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日  所在地 _____ 事業主 名 称 _____ 氏 名 _____			
*メンタル関連での申請:初回申請時に事業所の意見書を添付。			担当者名		

受付日付印