

支給決定伺

常務理事	事務長	課長	担当	支給期間： 日間 (内 日間)	受付日
				月 日	<div style="border: 2px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;"> <p>記入例</p> <p>2枚目のみをA3用紙で印刷し 各事業所(会社)の申請窓口へ提出</p> </div>
				月 日	
支給開始日				年 月 日から	
支給決定日				年 月 日まで	
@				円	

傷病手当金請求書 (第 1 回)

被保険者証の記号番号	98	765	被保険者の氏名	健保 令子	
被保険者の現住所	〒650-0000 神戸市○○区△△町8丁目9-1				
被保険者の電話番号	090-1234-5678		生年月日	S・H・R 5年 3月 3日	
事業所名称	(株)◇◇◇◇◇		被保険者の標準報酬月額	240千円	
資格取得日	S・H・R 28年 3月 3日		被保険者の業務の種類	◇◇◇	
資格喪失日	H・R 年 月 日		傷病名	左足首骨折	
発病・負傷の原因	自宅階段から転落		発病負傷年月日	H・R 年 月 日	
疾病・負傷の療養のため休んだ期間(請求期間)	令和 元年 5月 5日から 令和 元年 5月 31日まで			27日間	
上記期間に報酬を受けましたか、又は受けられますか	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた ・ <input type="checkbox"/> 受けられない <input type="checkbox"/> 受けられる ・ <input checked="" type="checkbox"/> 受けられない		報酬を受けるときは又は受けられるときは、その報酬額とその報酬額支払の基礎となった期間	年 月 日から 年 月 日まで の期間分として 円	
障害年金、障害手当金を受けているとき、又は受け取ることができるとき	年金の種類	障害年金・障害手当金	年金額	年金の支給事由となった傷病名	
	年金を受けることとなった年月日	H・R 年 月 日		障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード	
資格喪失者	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				
任意継続被保険者	老齢(退職)年金の名称	基礎年金番号及び年金コード又は番号	受給年月日	年金額	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
	年金の合計額		円		
振込先	銀行名	△△銀行	普通口座番号	9999999	
	支店名	○○支店	口座名義(カタカナ)	ケンポ レイコ	
本請求は事業主経由であることに同意した上で請求します。					
令和 元年 6月 12日					
ワールド健康保険組合理事長 殿					
氏名 健保 令子 印					

シャチハタ不可

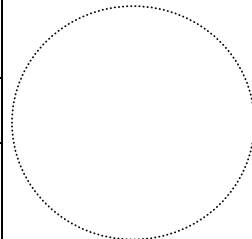
事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時給	
	職場復帰について	<input type="checkbox"/> 未定 (<input type="checkbox"/> 復帰済・ <input type="checkbox"/> 予定：令和 年 月 日)			
	上記労務に服さなかった日の内訳(出勤は○で、有給は△で、公休は◇で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。)				
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
	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			
上の支払う報酬の分として	全額支給した場合又は支給する場合	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px;"> <p>事業主の証明をもらってください</p> </div> 日までの期間は 日支払)			円
	一部支給した場合又は支給する場合				
	現在までも又将来も支給しない場合はその旨	(月 日支払)			
うえのとおり相違ないことを証明します。					
事業主		住所	令和 年 月 日		
		名称			
		氏名	印		

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名		療養の給付開始年月日	H・R 年 月 日	
	発病又は負傷の年月日	H・R 年 月 日	発病又は負傷の原因		
	労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	左の期間中の診療実日数	日間	
	上記期間のうち入院した期間	年 年	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px;"> <p>医師の証明をもらってください</p> </div> 健保 自費 公費 その他 治癒 繰越 中止 転医		
	傷病の主症状及び経過概要				
		労務可能見込年月日	年 月 日頃		
うえのとおり相違ありません。					
令和 年 月 日					
医師		住所			
		医療機関名			
		氏名	印		

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。					
	令和 年 月 日					
	被保険者(請求者)		住所			
			氏名	印		
	代理人の住所		〒			
代理人の氏名						
振込先	銀行名		口座番号			
	支店名		口座名義(カタカナ)			

常務理事	事務長	課長	担当	支給期間： 日間 (内 日間)
				自) 年 月 日 至) 年 月 日
支給開始日	年 月 日	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	
支給決定日	年 月 日	支給		円
@	全部・一部・不支給	決定額		

受付日



傷病手当金請求書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号		被保険者の氏名		
	被保険者の現住所	〒			
	被保険者の電話番号		生年月日	S・H・R 年 月 日	
	事業所名称		被保険者の標準報酬月額	千円	
	資格取得日	S・H・R 年 月 日	被保険者の業務の種類		
	資格喪失日	H・R 年 月 日	傷病名		
	発病・負傷の原因		発病負傷年月日	H・R 年 月 日	
	疾病・負傷の療養のため休んだ期間(請求期間)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			
	上記期間に報酬を受けましたか、又は受けられますか	受けた・受けない 受けられる・受けられない	報酬を受けたときは又は受けられるときは、その報酬額とその報酬額支払の基礎となった期間	年 月 日から 年 月 日まで の期間分として	円
	障害年金、障害手当金を受けているとき、又は受け取ることができるとき	年金の種類 障害年金・障害手当金	年金額	年金の支給事由となった傷病名	
		年金を受けることとなった年月日	H・R 年 月 日	障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード	
	資格喪失者	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			
任意継続被保険者	老齢(退職)年金の名称	基礎年金番号及び年金コード又は記号番号	受給年月日	年金額	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
			年金の合計額	円	
振込先	銀行名	普通口座番号			
	支店名	口座名義(カタカナ)			
本請求は事業主経由であることに同意した上で請求します。 令和 年 月 日 ワールド健康保険組合理事長 殿 氏名 印					

事業主が証明する欄	労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	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時給	
	職場復帰について	<input type="checkbox"/> 未定 (<input type="checkbox"/> 復帰済・ <input type="checkbox"/> 予定：令和 年 月 日)			
	上記労務に服さなかった日の内訳(出勤は○で、有給は△で、公休は◇で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。)				
	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			
	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			
	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			
	上の支払期間中の報酬として係	全額支給した場合又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日までの期間は 全報酬額支給 (月 日支払)	
		一部支給した場合又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	の分 ¥ 日額 円 (月 日支払)	
		現在までも又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。 令和 年 月 日 事業主 住所 氏名 印				

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名		療養の給付開始年月日	H・R 年 月 日	
	発病又は負傷の年月日	H・R 年 月 日	発病又は負傷の原因		
	労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	左の期間中の診療実日数	日間	
	上記期間のうち入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	療養費用の別	健保 自費 公費 その他	
			転 帰	治癒 繰越 中止 転医	
	傷病の主症状及び経過概要				
			労務可能見込年月日	年 月 日頃	
	うえのとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医師 住所 氏名 印				

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者(請求者) 住所 氏名 印			
	代理人の住所	〒		
	代理人の氏名			
	振込先	銀行名	口座番号	
		支店名	口座名義(カタカナ)	