

支給決定伺

記入例

2枚目のみを印刷して作成・押印
各事業所(会社)の申請窓口へ提出

印刷の注意

提出用原版はA3用紙で印刷
プリンタのサイズをA3に設定して印刷

@	全部・一部・不支給	決定額							
---	-----------	-----	--	--	--	--	--	--	--

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		発病又は負傷の年月日	令和 元年 5月 5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 31日まで		療養の給付開始年月日	H・R 年 月 日	
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・ <u>受けない</u>		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 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ますか	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 任意継続被保険者	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				
	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	
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)	ケンボ レイコ	

※負傷の原因が「外傷性」の場合、必ず負傷原因報告書を添付してください

事業主の証明をもらってください

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	□月給 □時給
職場復帰について	□未定 (□復帰済・□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		
事業主が証明する欄	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は 年 月 日から 年 月 日まで	日までの期間は 日支払)
	一部支給した場合又は支給する場合は	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

医師の証明をもらってください

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 年	健保 自費 公費 その他 治療 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

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	
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)

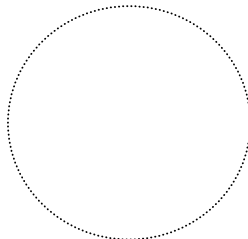
シャチハタ不可

ワールド健康保険組合理事長 殿
氏名 健保 令子 印

令和 元年 6月 12日

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	年金の支給事由となった傷病名	
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	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 月 日	
任意継続被保険者				年金額 円	
振込先	銀行名	普通口座番号		円	
	支店名	口座名義(カタカナ)		円	
	年金の合計額 円				
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			
	上の支払う期間中の報酬関係として係	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 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 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 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 転 帰	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)	