

支給決議書	支給額	円			資格取得年月日		資格喪失年月日	
					年 月 日	年 月 日		
	支給開始 年 月 日	年 月 日	期 間	年 月 日 ～ 年 月 日 日間				
	備 考							月 額

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号		記号 番号		② 被保険者の氏名				
	③ 被保険者の住所		〒 -						
	④ 日中連絡の取れる電話番号		自 宅				連 絡 先		
	⑤ 被保険者の勤務先 事業所名								
	⑥ 発病又は 負傷の年月日		令和 年 月 日		⑦ 傷病名				
	⑧ 発病の状態 又は負傷の原因								
	⑨ 傷病の療養をする ために休んだ期間		令和 年 月 日		から		日間		
			令和 年 月 日		まで				
	⑩ 上の⑨に書いた期間に対する報酬はありますか					は い い い え			
	⑪ 第三者の行為によって負傷したものですか					は い い い え			
⑫ 上の⑪で「はい」と答えた場合はその事実を当健保組合に届出てますか					は い い い え				
⑬ この請求の傷病に対し「障害手当金」又は「障害年金」を受けてますか					は い い い え				
⑭ 振込希望口座				銀行	普通	(フリガナ)			
				支店	当座	氏名			
⑮ 委任状		私 は _____ を代理人と定め、上記のとおり請求した傷病手当金の 受領を委任します。 令和 年 月 日 被 保 険 者 住 所 被 保 険 者 氏 名							

療養を担当した医師が意見を書くところ	患 者 氏 名			傷 病 名		
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因					
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因 年 月 日	年	月	日	療 養 の 給 付 を 開 始 し た 年 月 日	年 月 日
	労 務 不 能 と 認 め た 期 間	年	月	日	日 間	左 の 期 間 中 の 診 療 実 日 数 日 間
	労務不能と認めた期間のうち健康保険を使用して入院した期間がある場合はその期間	年	月	日	年	月 日 日 間
	傷病の主症状及び 労務不能と認めた理由					
	上 記 の と お り 相 違 い あり ませ ん 。 年 月 日					
	医 療 機 関 の 所 在 地 ・ 名 称					
医 師 の 氏 名						
電 話 番 号 ()						