

支給決定決議書	支給額	円	資格取得	年月日
			資格喪失	年月日
	支給開始	年月日	標準報酬月額	千円(第級)
	支給期間	自年月日 至年月日 日間	障害年金金額・日額障害手当金額	円(日額 円)
	前回	始年月日 終年月日	全部・一部	期間 年月日から 年月日まで 日間 円
		不支給理由		
		備考		

傷病手当金請求書 (第 回)

被 保 者 が 入 入 る と こ ろ	被保険者の 記号・番号		被保険者の 業務の種類	
	事業所の名称 及び所在地	名称	所在地	
	資格を取得した 年月日	年月日	標準報酬月額	円
	発病又は負傷 の年月日	年月日	傷病名	
	発病又は 負傷の原因			
	労務に服することが できなかった期間	年月日から 年月日まで		日間
	上記期間の報酬の全 部又は一部を受けたと き、又は受けることが できるときは、その報 酬額及び期間	年月日から 年月日まで	受けた報酬額 円 受けることができる報酬額 円	日間
	傷害年金または障害 手当金について	受給中 ・ 請求中 ・ 未請求		
	傷害年金または障害手当金 の受給要因となった傷病名	傷病名	基礎年金番号	年金額(年額) 円
	老齢年金について (資格喪失者)	受給中 ・ 請求中 ・ 未請求	基礎年金番号	年金額(年額) 円
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は「委任状」を記入) <input checked="" type="checkbox"/> 継続給付の場合は、公金受取口座を選択できません。個人振込へご記入をお願いします。				
ろ	< 個人振込 > 振込希望の銀行又は 郵便局名	銀行 支店(普通・当座))	
	ゆうちょ銀行 通帳記号	通帳番号		
上記のとおり請求します。				年月日
住所 被保険者の 氏名				
曙ブレーキ工業健康保険組合 理事長 殿				

事業主が証明するところ	労務に服せなかった期間	年月日から 年月日まで	日間	
	上記の期 間中の分 として支払 う報酬関係	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	の分として 金 円 (日額 円) (月 日支払) 金 円
		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	の分として 金 円 (日額 円) (月 日支払) 金 円
		現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨		
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
住所 事業主 氏名 電話 () 番				

治 療 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を か く と こ ろ	傷病名		発病又は 負傷の原因	
	発病又は負傷 の年月日	年月日	医療の給付開始 した年月日	年月日
	労務不能と 認められた期間	年月日から 年月日まで	日間	診療実日数 日間
	傷病の主症状お よび経過概要			
	上記とおり相違ありません。			
住所 医師 氏名 電話 () 番				

委 任 状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。		
		年月日	請求した傷病手当金の受領に関すること。	
		住所	被保険者の 氏名	
		住所	代理人の 氏名	