

支給決定決議書	支給額	円	資格取得年月日	年月日
	支給額	円	資格喪失年月日	年月日
	この欄には記入しないで下さい			
	前回	始年月日	終年月日	不支給理由
			備考	

赤の太枠内をご本人が記入してください。

傷病手当金請求書 (第1回)

被保険者の記号・番号	3-1234	被保険者の業務の種類	人事部
事業所の名称及び所在地	名称 曙ブレーキ工業株式会社	所在地	埼玉県羽生市東5-4-71
資格を取得した年月日	1980年 4月 1日	標準報酬月額	300,000円
発病又は負傷の年月日	2018年 4月 10日	傷病名	胃潰瘍
発病又は負傷の原因	食後、胃が痛むようになった	<p>●業務に起因する原因は傷病手当金の対象となりません。</p> <p>●「労務に服することができなかった期間」は右欄の「医師の証明」と同じ期間にしてください。</p>	
労務に服することができなかった期間	2018年 4月 21日 から 2018年 5月 20日 まで		30 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
傷害年金または障害年金について	今後本疾病で申請予定がある場合はお申し出ください。	基礎年金番号	年金額(年額)
傷害年金または障害年金との受給要因となった傷病名			円
老齢年金について(資格喪失者)	継続給付受給者のみが対象者です。	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) ※継続給付の方は、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。			
振込希望の郵便局名	銀行	支店(普通・当座)	通帳番号
	継続給付受給者の方は、ご記入ください。		
上記のとおり請求します。 2018年 5月 31日			
被保険者の住所	埼玉県羽生市東5-8-3		
被保険者の氏名	健保 太郎		
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	2018年 4月 21日から 2018年 5月 20日まで	30 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 円 (日額 円)
		一部支給した場合、又は支給する場合	円 (日額 円)
		現在までも又将来も支給しない場合は、その旨	円 (日額 円)
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。 2018年 5月 31日</p> <p>住所 埼玉県羽生市東5-4-71</p> <p>事業主 曙ブレーキ工業健康保険組合</p> <p>氏名 代表取締役社長 曙 一郎 電話 048(561)3575 番</p>			

事業所で証明をしてもらう

治療を担当した医師が意見をかくところ	傷病名	胃潰瘍	発病又は負傷の原因	胃炎及びピロリ菌が原因と思われる	
	発病又は負傷の年月日	2018年 4月頃	医療の給付開始した年月日	2017年 5月 19日	
	労務不能と認められた期間	2018年 4月 21日から 2018年 5月 20日まで	30 日間	診療実日数	20日間
	傷病の主症状および経過概要	激しい胃痛を訴え4月21日に当院来院。そのまま入院。5月10日に退院したが、5月20日までは安静が必要であったため労務不能と認めた。			
<p>上記とお相違ないことを証明します。</p> <p>住所 埼玉県羽生市南〇〇-〇〇</p> <p>医師 医療法人 健保総合病院</p> <p>氏名 ▲▲▲▲ 電話 048(560)×××× 番</p>					

病院で詳しく証明をしてもらう

委任状	私は 曙 一郎 を代理人と定め、次の権限を委任する。		
	2018年 5月 31日請求した傷病手当金の受領に関すること。		
	住所	埼玉県羽生市東5-8-3	
	被保険者の氏名	健保 太郎	
状況	住所	埼玉県羽生市東5-8-3	
	代理人の氏名	曙ブレーキ工業健康保険組合 代表取締役社長 曙 一郎	
事業所で証明をしてもらう			