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　日間 至　年　月　日		障害年金金額・日額障害手当金額	円(日額　円)	
		全部・一部	期間	年　月　日から　日間 年　月　日まで　円	
前回	始　年　月　日		不支給	理由	
	終　年　月　日		備考		

傷病手当金請求書　（第　回）

被保険者が記入するところ				
被保険者等記号・番号		被保険者の業務の種別		
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　日間 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	
□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☑　利用しない場合は「委任状」を記入） ※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。				
＜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　金　円） （　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	の分として　金　円（日額　金　円） （　月　日支払）
	現在までにも又、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。　年　月　日 事業主　住所 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。　年　月　日 医師　住所 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。 被保険者の　住所 氏名 代理人の　住所 氏名