伺年月日	令和　年　月　日	常務理事	事務長	会　計	担　当	担　当
支払年月日	令和　年　月　日					

支払支給決議書					
支　払　額		拾万　万　千　百　拾　円		決定標準報酬 千円/月　@　円/日	
支給決定額	法定	款項目　日額　円	日数　拾万　万　千　百　拾　円	備考	
	付加	円			
支給期間	法定	令和　年　月　日　～		資格	得　年　月　日
	付加	令和　年　月　日　日間			喪　年　月　日

健康保険

傷病手当金 （延長）傷病手当付加金 請求書

（第　回目）

被保険者が記入するところ					
被保険者等記号と番号	記号	番号	被保険者（請求者）の氏名		
被保険者の現住所	〒　―				
会社名			被保険者の標準報酬	千円	
被保険者の資格を取得した日	昭和 平成 令和　年　月　日		被保険者の業務の種別		
発病または負傷の年月日	平成 令和　年　月　日		傷病名		
発病の状態または負傷の原因を詳しく					
※疾病または負傷の療養をするために休んだ期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間				
上の※に書いた期間の分の報酬を受けましたか、または受けられますか	受けた　・　受けない　・　受けられる　・　受けられない				
報酬支払を受けたとき、または受けられないときは、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった（なる）期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　の分として　円				
上の※に書いた期間中に入院した期間がありますか	ある　・　ない				
入院した期間があるときは	病院名		病院の所在地		
	入院した期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間			
	健康保険で入院しましたか 自費で入院しましたか	健保・強制収容・自費・その他	被扶養家族がいますか	いる　・　いない	

※ 右ページの「 委任欄 」も、ご記入ください。

健保受付印

事業主が記入するところ			
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		
うえ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	令和　年　月　日から　金　円　日額 の分として 令和　年　月　日まで　（　月　日支払）　金　円	
	一部支給した場合又は支給する場合	令和　年　月　日から　金　円　日額 の分として 令和　年　月　日まで　（　月　日支払）　金　円	
	現在までにも又将来も支給しない場合は、その旨		
上記のとおり相違ありません　令和　年　月　日 事業主　住所　氏名			

療養を担当した医師が意見を書くところ				
傷病名		傷病が結核性であるか否か	結核性　・　非結核性	
発病または負傷の原因				
発病または負傷の年月日	平成 令和　年　月　日	療養の給付を開始した年月日	平成 令和　年　月　日	
※労務不能と認めた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	左の期間中の診療実日数	日間	
傷病の主状態および経過観察				
うえの※の期間中に入院した期間がある場合はその期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	入院の費用の別	健保・自費・公費	
上記のとおり相違ありません　令和　年　月　日 医師　住所　氏名 電話　（　）　―				

委任欄	
	私は　事業主　を代理人と定め、傷病手当金および同付加金の受領方を委任します。 令和　年　月　日 被保険者　住所　氏名 事業主　住所　氏名

令和6年12月 改訂