

支給決定伺			年 月 日			
常務理事	事務長	係	係	支給期間		支給金額
				年 月 日から	年間	
				年 月 日まで		
一部不支給理由	期間	年 月 日から	日間	法55条の2 該当	年 月 日資格喪失	標準報酬額
	理由	年 月 日まで		法108条 該当	(日額 円)	千円
	1. 期間満了のため 2. 有給のため 3. 支給済のため 4. 労務不能でないため 5.				円	円
					これまでの支給期間	年 月 日から
					備考	日まで

該当する方で
囲んでください

健康保険 傷病手当金支給請求書 (第 回目)

負傷原因を詳しく
記入してください

被保険者証の記号・番号		被保険者住所 (請求者) 氏名	三重県 市 町 三重 太郎	(三 重)
資格取得年月日	年 月 日	業務の種類 (くわしく)	営業	
発病又は負傷の年月日	平成26年 6月 1日 午後 3時 50分	発病又は負傷の原因等	自宅を掃除中、階段を踏み外したことによる打撲・捻挫 (第三者行為によるものですか はい・いいえ)	
病気又は負傷の療養をするため休んだ期間 (請求期間)	平成26年 6月 1日から 26年 7月 15日まで 45日間	左の期間中の月に報酬の支払を受けたとき又は受けられるときはその期間と額	平成26年 7月 1日から 26年 7月 31日まで	7月分 通勤手当・家族手当 20,000 円
入院したとき	入院期間 26年 6月 1日から 26年 6月 30日まで	入院した医院の所在地・名称	三重県 市 町 病院	
振込希望の銀行名	銀行	支店	(普通・当座 フリガナ 名義人)	
傷害年金・障害手当金又は老齢年金を受給していますか	いいえ・申請中・はい			

本来支給すべき
額を記入して

該当する方で
囲んでください

出勤状況	ア、請求期間に対する賃金の計算期間の出勤状況を出勤簿で確認して記入してください。 イ、欠勤日は「」、有給休暇は「x」、日、祝日・定休日は赤「」を記入してください。																																				
	26年 6月	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟	㊱
	26年 7月	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟	㊱
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
	賃金	印をつけた期間の属する月の賃金台帳(給料支給台帳)を、そのまま転記してください。 支給しないときは「0」と記入してください。																																			
	賃金計	賃金の種別	月給	通勤手当	家族手当	残業手当	手当	手当																													
	算期間	正常勤務時間の報酬	300,000 円	10,000 円	10,000 円	円	円	円																													
	6月 1日 ~		0 日分	0 日分	0 日分	日分	日分	日分																													
	6月 30日		0 円	0 円	0 円	円	円	円																													
7月 1日 ~		16 日分	31 日分	31 日分	日分	日分	日分																														
7月 31日		160,000 円	10,000 円	10,000 円	円	円	円																														
月 日 ~		日分	日分	日分	日分	日分	日分																														
月 日 ~		日分	日分	日分	日分	日分	日分																														
月 日 ~		日分	日分	日分	日分	日分	日分																														
月 日 ~		日分	日分	日分	日分	日分	日分																														
賃金	締切日	毎月 末 日	賃金の支給形態		月給(年 月 日から休職) 日給月給・日給・時給 (該当のものを 囲んでください)																																
	支給日	毎月 5 日																																			
給与支給期間		1 日から 末 日まで										支給日 翌月 5 日																									

実際に支給した
額を記入して

事業主印を忘れずに
押印してください

受付日付印

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成26年 8月 5日

事業所の所在地・名称 株式会社

事業主氏名 代表取締役社長 伊勢一郎

(主事 印業)

記入もれのないように

医師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	傷病名			発病又は 負傷の原因		
	発病又は 負傷の日 年 月 日	年 月 日	診療開始 年 月 日	年 月 日	年 月 日	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	左の期間における 診療実日数	日	
	主症状及び 経過の概要					
	入院期間	年 月 日から	年 月 日まで			
	年 月 日	医療機関の名称及び 医師の住所氏名				

【記載上の注意】

1. 印はハッキリと押し、印もれのないようにご注意ください。
2. 記載事項を訂正するときは、その個所に各記載者の印で訂正印を押してください。
3. 業務の種別は、具体的に（例えば整備員、販売員、事務員等）記載してください。
4. 事業主の証明印は、法人の場合、事業所印と職印を押してください。
5. 被保険者（本人）が喪失後に受領するとき、被保険者名義の希望する振込金融機関名を記入してください。

委任する場合は忘れずに
記入してください

委 任 状

この請求金額の受け取り方を
委任します。

に

年 月 日

被保険者氏名印

〔注意〕申請印と委任状印は同じ印を押印してください。