決裁年月日	令和　年　月　日

支給額	傷手	円
	附加金	円
	計	円
支給期間	自　令和　年　月　日	
	至　令和　年　月　日	
	日間	
入院期間	自　令和　年　月　日	
	至　令和　年　月　日	
前回	始　令和　年　月　日	
	終　令和　年　月　日	
支給開始　年　月　日～　年　月　日終了		

支給支払決議書			
常務理事	事務長	担当者	担当者

資格取得	昭・平・令　年　月　日
資格喪失	令和　年　月　日
標準報酬月額	千円（日額　円）
傷害年金額・傷害手当金額	円（日額　円）
老齢(退職)年金額	円（日額　円）
支払年月日	令和　年　月　日
備考	

健康保険　傷病手当金・傷病手当附加金・延長傷病手当金請求書

（第　1　回目）

日本製紙健康保険組合　御中　　令和　1 年　5 月　25 日　提出

被保険者が記入するところ

被保険者の記号・番号	111　ー　99999	被保険者の氏名・印	日本　太郎　印	
被保険者の住所	〒△△△-△△△△　TEL 00-0000-0000 ●●●●●●●●●●●●●●●1－2－3	生年月日	昭和 平成 令和 45年1月1日	
被保険者の勤務する事業所	名称	日本製紙株式会社		
	所在地	東京都千代田区神田駿河台４－６		
資格取得日	昭 平 令　20 年　4 月　1 日	標準報酬月額	第　等級　千円	
老人保健法の医療を受けた時	市町村番号	受給者番号	発行機関名	
介護保健サービスを受けた時	保険者番号	被保険者番号	保険者名称	
傷病名	胃潰瘍	発病または負傷の年月日	平成 令和　29 年　3 月　5 日	
発病または負傷の原因	3月5日朝、急に激しい胃痛をおこし、すぐに受診する	第三者行為によるものですか	いいえ・はい	
発病又は負傷のため休んだ期間	自　令和　1 年　5 月　1 日		日数	
	至　令和　1 年　5 月　16 日		16 日	
上記期間の報酬(賃金)の全部又は一部を受けた時又は受ける時はその報酬額および期間	自　令和　年　月　日			
	至　令和　年　月　日	日間	円	
障害年金または障害手当金を受けているときまたは受けることができるとき	障害年金又は障害手当金を受給していますか	障害年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名	年金額	
	はい・請求中・いいえ		円	
	年金の種別	年金を受けることとなった年月日	障害年金を受けている場合は基礎年金番号	
	障害年金・障害手当金	平・令　年　月　日		
任意継続被保険者または資格喪失者の方	老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか		はい・請求中・いいえ	
	老齢(退職)年金の名称	基礎年金番号及び年金コード	受給年月日	年金額
支払希望金融機関	銀行　支店	・普通・当座	口座番号	口座名義(カタカナ)
備考				

受付印

事業主が証明するところ

労務に服さなかった期間	自　令和　年　月　日		日数	
	至　令和　年　月　日		日間	
出勤は○、有給は△、公休は公、欠勤は／でそれぞれ表示してください。				
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	計	出勤　日	有給　日	
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				
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				
うえの期間中の分として報酬を全額または一部支給した場合または する場合		(自)　年　月　日	(至)　年　月　日	日間　円　月日額　日支払　円
		(自)　年　月　日	(至)　年　月　日	日間　円　月日額　日支払　円
		(自)　年　月　日	(至)　年　月　日	日間　円　月日額　日支払　円
		(自)　年　月　日	(至)　年　月　日	日間　円　月日額　日支払　円
現在までまた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いたします。
令和　年　月　日
事業主　住所氏名　印

療養を担当した医師が意見を書くところ

傷病名				
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	自　令和　年　月　日		左記の期間中の診療実日数	
	至　令和　年　月　日	日間		日間
傷病の主症状および経過概要				
上記の期間中に入院したときはその期間	自　令和　年　月　日		入院費用の別	健保・公費　自費　その他
	至　令和　年　月　日	日間		

上記のとおり相違ありません。
令和　年　月　日
住所
氏名　印

受取代理人の欄

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。
令和　年　月　日

被保険者(申請者)	住所	●●●●●●●●●●●●●●●1－2－3
	氏名	日本　太郎　日本
代理人(事業主)	所在地	
	名称	印
委任者と代理人との関係	事業主	