

決裁年月日	令和 年 月 日
支給額	傷病手当金 円
	付加金 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)		
障害年金額・障害手当金額	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・傷病手当付加金・延長傷病手当金請求書 (第 回目)

日本製紙健康保険組合 御中 令和 年 月 日 提出

被保険者の記号・番号	—		被保険者の氏名・印	印	
	〒			Tel	
被保険者の住所	名称		所在地	生年月日	昭和 平成 令和
被保険者の勤務する事業所	資格取得日		昭・平・令 年 月 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	発病または負傷の年月日		平成 令和 年 月 日		
発病または負傷の原因	発病又は負傷のため休んだ期間		自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	日数 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 円
	はい・請求中・いいえ				
任意継続被保険者または資格喪失の方	年金の種類別		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		
支払希望金融機関	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	
備考	銀行		支店	普・当	口座番号
	口座名義(カタカナ)				
◇「支払希望金融機関」は資格喪失後の申請(会社を退職あるいは任意継続を脱退して資格を喪失した方)のみ記入してください。					

受付印

労務に服さなかった期間	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	日数 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。		
事業主が証明するところ	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 有給
	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	計 日 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	
上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は	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間 円 日支払 円
	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間 円 日支払 円
	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間 円 日支払 円
	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間 円 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 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
	労務不能と認められた期間	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	日間
	左記の期間中の診療実日数	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	至 令和 年 月 日	日間	
入院費用別	健保・公費	自費・その他		
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		
	住所	被保険者(申請者) 氏名	印
代理人(事業主)の欄	所在地	代理人(事業主) 氏名	印
	委任者と代理人との関係		