

健康 保 使 用 欄	支払決議書				常務理事	事務長	次長	
	種別	傷手・延長（ / ~ ）・継続給付						
	賃金体系	月給・時給・その他（ ）				経理	給付	
	標準報酬月額 日額	円 円						
	資格取得	昭和・平成・令和	年	月	日	資格喪失	平成・令和	年 月 日
	総支給額	円						
	支払内訳	法定	円			年 月 日 ~ 年 月 日 日間		
		付加	円			年 月 日 ~ 年 月 日 日間		

健康保険 傷病手当金付加金・延長傷病手当金付加金請求書(初回・継続)

平成
令和 年 月 日
法定給付満了年月日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号番号	記号	番号						被保険者 氏名	印
	事業所名 所属名							被保険者の 生年月日	昭和 平成 年 月 日	
	被保険者の 住所							連絡先 電話番号		
	傷病名							発病また は負傷日	平成 令和 年 月 日	
	発病または 負傷原因									
	療養のため休んだ期間（請求期間）	平成 令和 年 月 日 ~			平成 令和 年 月 日 日間					
	医師への照会について 支給に際し、医師が証明した内容についてさらに照会の必要が生じた場合には 健康保険組合から担当医師への照会を行うことに同意しますか。								はい いいえ	
	①障害年金・障害手当金を受給していますか 受給事由となった傷病名（ ）								いいえ はい 請求中	
	②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								いいえ はい 請求中	
	③労災保険から休業補償給付を受けている間の請求ですか								いいえ はい 請求中	
	上記①・②・③で『はい』もしくは『請求中』の場合 受給開始（予定）日 昭和 平成 令和 年 月 日 年金（予定）額 円									
	負傷による休業の場合、第三者の行為による負傷ですか								いいえ はい	
	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委託します。 被保険者または請求者 住所 〒 氏名 印								令和 年 月 日	
受取代理人 の欄	代理人の住所 〒 代理人の氏名と印 印									

(備考)

療養を担当した医師が意見書を書くところ（全項目をご記入下さい）	患者名					
	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日	平成・令和	年	月	日	
	労務不能と認めた期間	年	月	日	～	年 月 日 日間
	上記期間中の入院期間	年	月	日	～	年 月 日 日間
	労務不能と認めた期間中の「主たる病状および経過」「治療内容・検査結果・療養指導」等（詳しく）					左記期間中の 診療実日数 日間
症状経過からみて、従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見					転帰 治癒 中止 継続 転院	
上記の通り相違ありません。					年 月 日	
医療機関所在地						
医療機関の名称						
担当医師の氏名					印	
電話番号 ()						

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間	平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年	月	日	日間
	上記期間において報酬を支給した場合（有給休暇を含む）	年	月	日	～	年	月	日	日間	円	
		年	月	日	～	年	月	日	日間	円	
		年	月	日	～	年	月	日	日間	円	
	報酬を支給しなかった場合	年	月	日	～	年	月	日	日間	円	
		年	月	日	～	年	月	日	日間	円	
		年	月	日	～	年	月	日	日間	円	
	現在までもまたは将来も支給しない場合はその旨										
上記の通り相違ないことを証明いたします。										年 月 日	
事業所の所在地											
事業所の氏名										印	
電話番号 ()											