

本件支給決定してよろしいか	常務理事	事務長	会計	係	決議	令和	年	月	日
					支給決定額				
	標準報酬額	千円			備考 (支給開始 令和 年 月 日) (法第58条該当)				
	支給期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間					
	前回までの支給期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間					
資格関係	年 月 日	取得	年 月 日	喪失					

事業主の証明	療養のため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
	上記の期間中において支払う報酬関係	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日分として 金 円
	支給した、支給する			
上記のとおり相違ないことを証明します。				
令和 年 月 日				
住所 _____				
事業主の 氏名 _____ 印				

健康保険傷病手当金請求書 (第 回)

被保険者等の記号番号	事業所の名称	所属	
傷病名	発病又は負傷の原因		
発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	被保険者の業務種別	
病気又はけがのため休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	左の期間に対して報酬の全部又は一部を受けたとき、又は受けられることのできる時	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 金 受けた、受けられる
上記の期間中に入院したとき	入院した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	
	病院等の名称、所在地		
	被扶養者の有無	有 ・ 無	被扶養者の氏名、生年月日 (続柄) 年 月 日 ( )
厚生年金保険の障害年金、傷病手当金を受けているとき、又は受けることができるとき	種 別	障害年金・障害手当金	年金等の額 円
	年金等を受けることとなった傷病名、年月日 (市町村番号)	年 月 日 (受給者番号)	年金証書等の記号番号 (発行機関名)
老人保健法による医療を受けているとき			
上記の通り金 円を請求します。			
令和 年 月 日			
住所 _____			
被保険者の 氏名 _____ 印			
近畿車輛健康保険組合理事長 殿			

療養を担当した医師の意見	傷病名		発病又は負傷の原因		
	発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	診療を開始した年月日	令和 年 月 日	
	療養のため労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	左の期間中の診療日数	日間
	上記の期間中に入院したとき	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間	
	傷病の主症状および経過の概要	転帰 (治ゆ、継続、中止、死亡)			
上記のとおり相違ないことを証明します。					
令和 年 月 日					
住所 _____					
医師の 氏名 _____ 印					

委任状	私は傷病手当金の受領を下記の代理人に委任します。
	令和 年 月 日 被保険者の 住所 氏名 _____ 印
	代理人の 住所 氏名 _____ 印

領収書	金 _____ 円也
	上記金額を領収しました。
	令和 年 月 日 氏名 _____ 印
	近畿車輛健康保険組合理事長 殿