

伺年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	会計	担当	担当
支払年月日	令和 年 月 日					
支払額	拾万 万 千 百 拾 円					
支払決定額	法定	記入例	決定標準報酬			
	付加		千円/月 @ 円/日			
支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	資格	得喪	年 月 日	年 月 日	

A3サイズ

健康保険 (延長) 傷病手当金 請求書 (第 回目)

被保険者の記号と番号	記号 100 番号 9999	被保険者(請求者)の氏名	田熊 一郎	
被保険者の現住所	〒 660 - 0123 尼崎市田熊町 1-2-3			
会社名	(株) タクマ	被保険者の標準報酬	380 千円	
被保険者の資格を取得した日	昭和 15 年 4 月 1 日	被保険者の業務の種別	機械営業	
発病または負傷の年月日	平成 3 年 2 月 25 日	傷病名	〇〇〇〇〇〇	
発病の状態または負傷の原因を詳しく	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
※疾病または負傷の療養をするために休んだ期間	令和 3 年 3 月 16 日 から 令和 3 年 4 月 15 日 まで	31 日間		
上の※に書いた期間の分の報酬を受けましたか、または受けられますか	受けた ・ 受けない ・ 受けられる ・ <u>受けられない</u>			
報酬支払を受けたとき、または受けられないときは、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	の分として 円		
上の※に書いた期間中に入院した期間がありますか	<u>ある</u> ・ ない			
入院した期間	病院名	尼崎第一病院	病院の所在地	尼崎市潮江 3-2-1
	入院した期間	令和 3 年 2 月 25 日 から 令和 3 年 3 月 20 日まで 24 日間		
健康保険で入院しましたか	<u>健保</u> ・ 強制収容 ・ 自費 ・ その他		被扶養家族がいますか	<u>いる</u> いない

※ 右ページの「委任欄」も、ご記入ください。

健保受付印

事業主が記入するところ	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
	うえの期間中の分として支払う報酬関係	全額支給した場合又は支給する場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (月 日支払) 金 円 日額
		一部支給した場合又は支給する場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (月 日支払) 金 円 日額
	現在までも又将来も支給しない場合は、その旨		
上記のとおり相違ありません			
令和 年 月 日			
事業主	住所	被保険者の勤務先の人事(総務)に記入してもらってください	
	氏名		

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名	傷病が結核性であるか否か		結核性 ・ 非結核性	
	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	令和 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	左の期間中の診療実日数	日間
	傷病の主状態および経過観察				
	うえの※の期間中に入院した期間がある場合はその期間	令和 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	入院の費用の別	健保 ・ 自費 ・ 公費
	上記のとおり相違ありません				
医師	住所	病院の医師等に記入してもらってください			
	氏名				
	電話 ()				

私は 事業主 を代理人と定め、傷病手当金および同附加金の受領方を委任します。

令和 3 年 5 月 1 日

委任欄	被保険者	住所	尼崎市田熊町 1-2-3	
		氏名	田熊 一郎	
	事業主	住所	被保険者の勤務先の人事(総務)に記入してもらってください	
		氏名		