

受付年月日	年 月 日	常務理事	事務長	課長	係長	係員
伺年月日	年 月 日					
決裁年月日	年 月 日					
支払日	年 月 日					
※支給支払決議書	支給額	円	資格取得	年 月 日		
	支給開始	年 月 日	資格喪失	年 月 日		
	支給期間	自	年 月 日から	支給日額	円	
		至	年 月 日まで	障害年金額	円(日額)	円
前回支給期間	始	年 月 日	全部・一部	年 月 日から	日間	
	終	年 月 日	不支給期間・金額	年 月 日まで	円	

**傷病手当金 請求書** (第 回日)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①記号・番号	—	②被保険者氏名			
	③事業所の名称			職種		
	④傷病名			⑤発病又は負傷の年月日	年 月 日	
	⑥発病又は負傷の原因(詳しく記入してください)					
	⑦老人保健法の医療を受けたとき	市町村番号		受給者番号		発行機関名
	⑧障害(厚生)年金・手当受給の有無	有・無・請求中	年 月 日から受給	年金証書の記号番号		
	⑨傷病による休業期間(請求期間)	年 月 日から	年 月 日まで	日間		
	⑩上記期間のうち報酬の支払いを受けた(受けられる)報酬額及び期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間	円	
	⑪振り込み希望の銀行名	銀行 支店(普通・当座_____)				
	⑫振込先の口座名					
	⑬上記のとおり請求します。	年 月 日	〒	被保険者住所	被保険者氏名	山梨県自動車販売整備健康保険組合理事長 殿
				委任状	⑭私は _____ を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	⑮
				代理人住所氏名	⑯	

事業主が証明するところ	⑮労務に服さなかった期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間		
	⑯1 か月分の基本給・諸手当の額(支給の有無に関係なく記入してください。)	⑰基本給・諸手当の支給状況(給与の締切日ごと)				
		年 月分	年 月分	年 月分		
		円	円	円	円	
	基本給	円	円	円	円	
	月給・日給・日給月給・時給・その他( )					
	住宅手当(1ヶ月)	円	円	円	円	
	家族手当(1ヶ月)	円	円	円	円	
	通勤手当(1ヶ月)	円	円	円	円	
	手当(1ヶ月)	円	円	円	円	
手当(1ヶ月)	円	円	円	円		
給与の締切日	⑰基本給・諸手当の					
日	欠勤控除の計算方法					
⑱ 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日						
事業所住所 名称 電話( ) -						
療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名				初診年月日	年 月 日
	労務不能と認められた期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間	診療実日数	日間
					就労見込時期	年 月 日
	⑲傷病の主症状及び経過概要(労務不能と認めた意見等詳しく記入してください。)					
	外来診療日を○、入院期間を△で囲んでください。	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			
		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			
	⑳ 上記のとおり相違ありません。 年 月 日					
	医師住所 名称 氏名					

※ 請求に該当する月分の出勤簿の写しおよび賃金台帳の写しを添付してください。

※ 初回申請時は振込先の預金通帳またはキャッシュカードの写しを添付してください。

- **被保険者の注意事項**

(ア) ①欄は、健康保険証に書いてあります。

(イ) ⑥欄は、負傷の原因を詳しく記入してください。(いつ、どこで、どんな用事で、何をしているとき)

(ウ) ⑦欄は、療養のために勤務に服することができない期間中に老人保健法の医療を受けたときは、健康手帳の医療の受給資格を証する頁に記載されている市町村番号、受給者及び発行機関名を記入してください。

(エ) ⑧欄は、請求を同一の疾病、又は負傷及びこれによって発した疾病により、障害年金・障害手当金を受けている場合に記入するとともに障害年金該当者は障害年金証書の写し、支給開始ならびに直近の額を証する書類を、又、障害手当金の該当者はその支給額を証する書類を添付してください。

(オ) ⑪⑫欄は、被保険者の希望する振込先を記入してください。

(カ) ⑭欄は、委任により代理受領するときに、被保険者及び代理受任者の住所・氏名を記入し、押印してください。

- **事業主の注意事項**

(ア) ⑮欄は、療養のために労務に服さなかった期間を記入してください。

(イ) ⑯欄は、実際に支給した金額ではなく、本来支給すべき額を記入してください。

(ウ) ⑰欄は、給与の締切日単位に記入してください。賃金台帳を見て、正確に記入してください。

(エ) ⑱欄は、欠勤控除をした場合の算出式を記入してください。

(オ) 請求期間が資格喪失後であるときは、事業主の証明は必要ありません。