

決裁年月日	年 月 日	常務理事	事務長	担当	給付係
支給	支給額	円			
	支給開始	年 月 日	資格取得	年 月 日	
支払	標準報酬月額	千円 (第 級)	資格喪失	年 月 日	
	支給期間	自 年 月 日 日間 至 年 月 日 日間	全部・一部 不支給	期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで 日間
決議書	前回	始 年 月 日 終 年 月 日		理由	
			備考		

傷病手当金支給申請書

(第 回目)

被 保 險 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の 記号・番号	—		氏 名		
	会 社 名			職 種		
	傷 病 名			発病又は負傷 の年月日	年 月 日	
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因			業務中のけがですか	いいえ ・ はい	
				第三者行為による ものですか	いいえ ・ はい	
	労務不能の状 態について (自覚症状)					
	回復見込時期	年 月 頃		(労務可能 ・ 症状固定)		
	労務できなかった 期 間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間		
	上記期間の報酬を 受けることができ るときはその報酬額 及 び 期 間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間		
		(受けた・受けることができる 報酬額) 円				
各種年金・手当金 の 受 給 状 況 に つ い て (障害・高齢)	年 金			未受給・受給・受給予定 (申請時期 年 月)		
	受給開始日	年 月 日	年金証書の記号番			
振 込 希 望	銀行 支店 (普通) 名義					
上記のとおり請求します。						
年 月 日						
被保険者の 住所						
氏名 (印)						
東り健康保険組合理事長 殿						
委 任 状	* 傷病手当金の受領に関して事業主(会社)などに委任したい時のみ下記ご記入下さい					
	私は 〃 を代理人と定め、傷病手当金の受領に関する権限を委任する。					
	年 月 日	被 保 険 者			(印)	
		代 理 人			(印)	
振 込 希 望	銀行 支店(普通 当座) 名義					

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	全額支給した場合 又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (日額 金 円) の分として (月 日支払)
	一部支給した場合 又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (日額 金 円) の分として (月 日支払)
	上記の期間中の分として支払う報酬関係	現在までも又 将来も支給しない 場合はその旨	
※ 対象期間の賃金台帳、出勤簿を添付してご提出ください。			
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日			
事業主 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	発病又は負傷の 原 因		
	発病又は負傷の 年 月 日	年 月 日	療養の給付を 開始した年月日	
	年 月 日から 年 月 日まで	日間	診療実日数	
	労務不能と 認められた期間	日間	日間	
	傷病の主症状 および経過 概要			
	労務不能の診断 をされた理由に ついて	1. 労務を排し、療養に専念する必要があるから (入院を含む) 2. 通院加療であるが、重要な経過観察等、かなりの頻度の通院が必要であるから 3. 他に伝染するおそれがあるから 4. 医学的に治癒または症状固定(限界)が見られるが、本人の症状の訴えを尊重したから 5. 本人の就労意欲や症状回復意欲にて判断したから 6. その他 ()		
就労の見通しに ついて	1. 症状からして当面 (年 ヶ月) は職場復帰は難しい 2. 症状の回復状況等からして (月頃) には職場復帰は可能と思われる 3. 症状回復状況等からして職場復帰は可能と思われる 4. 就労の形態 (内容・時間等) を配慮すれば職場復帰は可能である 5. 医師の治療方針・指示に従っていないので判断不能である 6. その他 ()			
上記のとおり相違ありません。 年 月 日				
医 師 住所 氏名 TEL		(印)		