

(記入例)

傷病手当金・傷病手当金付加金 支給(領収書) (第 18 回目)

健保の等級で決定 (不明なら空欄で可)

年金受給者は年金額(年額)を記入し、別途添付書類(欄外参照)を添付してください。

記号-番号 123 - 12345	所属 従業員=部署名 任意継続者="任継"	フリガナ メイデン タロウ 被保険者氏名 明電 太郎	標準報酬 月額 260 千円
被保険者現住所 (または請求者現住所) 〒001 - 0001 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3	保険給付金の受領を下記の者に委任します。 (この欄は給付金を給与に入れる為の同意欄です) 令和 5 年 10 月 30 日 被保険者氏名 明電 太郎 従業員は、同意書欄にも記名し、 事業主証明をもらってください。 退職者は、同意書欄は空欄で結構です。		
健保認定日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 25 年 4 月 1 日 <input type="checkbox"/> 令和 健保喪失日 (資格喪失者のみ) 令和 年 月 日 発病日・負傷日 令和 4 年 4 月 30 日 障害年金や老齢年金等 を受けていますか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ (円) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 労災・通災ですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 第三者行為ですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 請求期間 令和 5 年 10 月 1 日 ~ 令和 5 年 10 月 29 日まで 29 日間 下記支給額正に領収しました。 <input checked="" type="checkbox"/> 上記の申請内容は請求者本人が記入し、真正であることを確認しています。 被保険者氏名 明電 太郎	同意書 (従業員のみ)	事業主担当者	
労務に服さなかった期間 上記期間中の 報酬支給状況 全額支給 (有休) <input type="checkbox"/> 一部支給 (病欠) <input type="checkbox"/> 支給なし (休職) 上記の通り相違ないことを 令和 年 月 日 事業主証明	従業員は、事業主に証明をもらってください。 退職者は、請求期間に在職中の期間が含まれているとき、 その期間について事業主の証明をもらってください。 全期間が退職後なら、事業主証明欄は空白で結構です。		記入内容を確認の上、 必ずチェックしてください。
傷病名 発病(負傷)の原因 医師 労務不能期間 傷病の主症経過概要 上記の通り相違ないこと 令和 5 年	医師に証明をもらってください。 医師証明欄の労務不能期間が、 この申請書で請求できる最長期間となります。		

記入不要

↓他の健保に加入している方は、振込先を記入

↓受領を代理人に委任される方に限り、委任状を記入

振込先 銀行名	銀行
	支店
口座 種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
フリガナ 名義人名	番号

委任状	
本請求額に基づく給付金に関する権限を代理人に委任致します。	
令和 年 月 日	
被保険者氏名 (または請求者氏名)	
代理人氏名	

↓以下は健保記入(申請者は記入しないでください)

健保記入欄				支出決定欄		
法定給付	標準報酬月額	率	自 至 給付日数	給料・年金等支給額	傷病手当金	¥
付加給付	同上	×1/30	(/ ~ / :)日間	円	傷病手当付加金	¥
支給開始	令和 年 月 日				支給額	¥
満了予定	令和 年 月 日				決裁日	
待期間	令和 年 月 日 ~		年 月 日		執行日	
					常務理事	事務長
						担当

* 年金受給者は、年金証書及び裁定通知書等の写しを添付してください。
 * 【事業主欄担当の方へ】報酬があるときは、算出根拠を添付してください。
 (注1) 報酬日額が変動する場合は、期間別に分けて記載願います(別紙添付で可)