

支給支払決議書										
常務理事	事務長	担当者	担当者	支給額						
				支給内訳	法定					
					付加					
資格取得	昭和・平成・令和 年 月 日			支給期間		自 令和 年 月 日				
資格喪失	令和 年 月 日					至 令和 年 月 日				
支給満了日	令和 年 月 日					(待期間 / ~ /) 日間				

傷病手当金請求書^①(第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	②被保険者証の 記号と番号	記号	番号	③事業所の 名称		
	④業務の内容					
	⑥発病又は負傷 の年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		⑦ 傷 病 名		
	⑤発病の状態 又は負傷の 原因を詳しく					
	⑨療養するた めに休んだ期間	令和 年 月 日から		⑩⑨の期間中に出勤 又は有給休暇が あればその期間 又は月日	出勤	
		令和 年 月 日まで			有給 休暇	
	⑪ (ア) うえの⑨に書いた期間の分の報酬を現在迄に受けましたか、又将来 受けられますか			受けた・受けない・受けられる・受けられない		
		(イ) 報酬支払いを受けたとき、又は受けられるときは、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		の分 円	
	⑫ (ア) 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	(イ) 基礎年金番号		障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった 傷病名		
		いいえ・請求中・はい				
	任 意 格 続 喪 被 保 険 者 の 方	(ウ) 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか		いいえ・請求中・はい		
		(エ) 年金コード又は記号番号もしくは番号		年 金 額		
		円				
年 金 の 合 計 額		円				
上記のとおり請求いたします。 三井化学健康保険組合 殿 ⑬ 被保険者の 住所 〒 ⑭ 氏名 ⑮ 電話 () 昭・平 年 月 日生 (歳)						
※⑮ 委 任 状	表記請求金額の受領を		に委任します。			
※⑯ 振 込 先	銀行名	支店名	口座番号	口座名義		
	銀行	支店	普・ 当	フリガナ		

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	⑰ 患 者 氏 名																																
	⑱ 傷 病 名	(1)	(1) 平成 年 月 日																														
		(2)	(2) 平成 年 月 日																														
		(3)	(3) 平成 年 月 日																														
	⑲療養の給付を 開始した年月日 (初診日)																																
	⑳ 発病または 負傷の年月日	平成 年 月 日	発病																														
	㉑ 発病または 負傷の原因																																
	㉒ 労務不能と 認められた期間	令和 年 月 日から	日間	㉓ 入院 期間	年 月 日から																												
		令和 年 月 日まで			令和 年 月 日まで																												
	㉔ 診 療 実 日 数	診 療 日 を ○ で 囲 ん で く だ さ い	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
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
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
上記の診療実日数が0日のときは、前後直近の診察日をご記入ください。												月 日	・	月 日																			
㉕ ㉒の治療期間中における「主たる症状および経過」 「治療内容、検査結果、医療指導」等 (詳しく)												手 術		令和 年 月 日																			
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見												術 施 行																					
退院年月日												令和 年 月 日																					
上記のとおり相違ありません。												令和 年 月 日																					
医療機関の所在地 〒																																	
医療機関の名称												⑯																					
医師の氏名												⑰																					
電 話 ()																																	

事 業 主 が 記 入 す る と こ ろ	㉖ 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																												
	㉗ 出勤は○で、有給は△で、公休は×で、欠勤は/でそれぞれ表示してください																															
	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
	計						(ア)出勤	(イ)有給																								
	日						日	日																								
	㉘ うえの期間中、労務につかなかった期間の賃金支払い状況 (該当に○をつけてください。但し出勤日を除く)						賃 金 計 算																									
	(1)支給しない						締日	日																								
	(2)全部または一部支給した(する)						支払日	日																								
す る と こ ろ	(ア)1日当たりの賃金の 全額支給した場合又は 将来支給する場合	令和 年 月 日 から	金 円	の分として		日額	円																									
	令和 年 月 日まで	(月 日支払)	金 円			金	円																									
と こ ろ	(イ)1日当たりの賃金の 一部支給した場合又は 将来支給する場合	令和 年 月 日 から	金 円	の分として		日額	円																									
	令和 年 月 日まで	(月 日支払)	金 円			金	円																									
上記のとおり相違ないことを証明します。																																
令和 年 月 日																																
事業所 所在地 〒																																
事業主の氏名						⑱																										
電 話 ()																																

※(申請上の注意)
※年金を受給中(予定)の方は、1年振込通知書のコピーを添付してください。
※⑮在職中の申請の場合は、受領を事業所に委任してください。
※⑯任意継続被保険者及び資格喪失後の申請の場合は必ず記入して下さい。

受付日付印