

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					(待定期間	/	~	/)				

## 傷病手当金請求書<sup>①</sup>(第 回目)

被 保 險 者 者 が 記 入 す る と こ ろ	②被保険者証の 記号と番号	記号 1111	番号 23456	③事業所の 名 称	MC食品株式会社	
	④業務の内容	食品の研究開発				
	⑥発病又は負傷 の年月日	昭和・平成・令和 ○ 年 2 月 11 日		⑦傷病名	鎖骨骨折	
	⑧発病の状態 又は負傷の 原因を詳しく	2月11日に使用で買い物に外出中、道路で転倒し、左肩を強打した。				
	⑨療養するため に休んだ期間	令和 ○ 年 2 月 12 日から 令和 ○ 年 2 月 26 日まで	15 日間	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	
	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		
	⑪ (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 2 月 12 日から 令和 ○ 年 2 月 20 日まで	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 継 続 被 保 失 險 者 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				
		円				
		円				
年 金 の 合 計 額		円				
上記のとおり請求いたします。					令和 ○ 年 3 月 1 日	
三井化学健康保険組合 殿 ⑬ 〒1999-0000 東京都健康区長寿町1丁目2-3 被保険者の 住所 氏名 三井 健太					⑭ 印	
電話 03 (○○○○) ○○○○ 昭 平 54年 10月 10日生 ( ○ 歳)						
※⑮ 委 任 状	表記請求金額の受領を MC食品株式会社 被保険者 氏名印 三井 健太				に委任します。 三井	
※⑯ 振 込 先	銀行名 銀行	支店名 支店	口座番号 普・当	口座名義 フリガナ		

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	⑯ 患者氏名	三井 健太				⑯ 療養の給付を 開始した年月日 (初診日)	⑰ 平成 令和	○ 年 2 月 12 日	
	⑯ 傷病名	(1) 鎖骨骨折					⑰ 平成 令和	年 月 日	
		(2)					⑰ 平成 令和	年 月 日	
		(3)					⑰ 平成 令和	年 月 日	
	⑯ 発病または 負傷の年月日	平成 令和 ○ 年 2 月 11 日 発病 負傷					⑯ 発病または 負傷の原因	左肩部強打	
	⑯ 労務不能と 認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			⑯ 入院期間		年 月 日から 令和 年 月 日まで		
		⑯ 診療実日数	3	診療日を○ で囲んでください 日	2 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				
	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	
⑯ ⑯ 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		
						退院年月日	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									
上記のとおり相違ありません。						令和 ○ 年 2 月 28 日			
医療機関の所在地 〒140-0000 東京都品川区△△1-1									
医療機関の名称 品川〇〇総合病院						⑯			
医師の氏名 保険 五郎									
電話 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇									

事業主が記入するところ	㉗ 労務に服さなかった期間	令和〇年2月12日から令和〇年2月26日まで 15日間	
	㉘ 出勤は〇で、有給は△で、公休は×で、欠勤は／でそれぞれ表示してください		
	令和〇年2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	(ア)出勤 計 日	(イ)有給 1 日
	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		
㉙ 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 (該当に〇をつけてください。但し出勤日を除く)	賃金計算		
(1)支給しない	締日 支払日	日 日	
(2)全部または一部支給した(する)	日 日		
(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	令和〇年2月12日から 令和〇年2月12日まで	金 12,000円 (2月25日支払)	日額 金 12,000円
(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	令和〇年月日から 令和〇年月日まで	金 円 (月日支払)	日額 金 円
上記のとおり相違ないことを証明します。			
事業所所在地	〒105-0000 東京都港区南新橋1-1		
名称	MC食品株式会社		
事業主の氏名	代表取締役社長 山田 一郎		
電話	03	(〇〇〇〇)	〇〇〇〇