

伺年月日	平成 年 月 日
決済年月日	平成 年 月 日
支給額	円
支給期間	自 年 月 日 日間 至 年 月 日
入院期間	自 年 月 日 日間 至 年 月 日
初回	始
前回	終
満期日	平成 年 月 日
支給内訳	傷手 円 × $\frac{2}{3}$ × 日 =
	付加金 円 × $\frac{14}{100}$ × 日 =
	延長傷手 円 × $\frac{50}{100}$ × 日 =

支給支払決議書			
顧問	常務理事	事務長	係員

資格取得	年 月 日
資格喪失	年 月 日
平均報酬	平均月額 千円
	日額 円
障害年金額・ 日額障害手当金	円 (日額 円)
全部・一部 不支給	平成 年 月 日から 日間
	平成 年 月 日まで 円
理由	

委任	渡
----	---

事業主証明欄	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間
	上記の期間中の報酬関係	全部支給したまたは支給できる場合 平成 年 月 日から 金 円 の分として 平成 年 月 日まで(月 日支払) [日額金 円]
		一部支給したまたは支給できる場合 平成 年 月 日から 金 円 の分として 平成 年 月 日まで(月 日支払) [日額金 円]
		現在までもまた将来も支給しない理由
		上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 事業所 住所 名称 事業主 氏名 ⑩

保険医の意見見欄	傷病名 (二つ以上あるときは、主病に○印をしてください。)	ICD-10コード番号()	発病または負傷の原因	
	発病または負傷の年月日	昭和 年 月 日 平成	療養の給付を開始した年月日 昭和 年 月 日 平成	
	労務不能と認めた期間		入院期間	診療実日数
	自 平成 年 月 日	自 平成 年 月 日	至 平成 年 月 日 日間	至 平成 年 月 日 日間
	傷及び経過の症状概要 (労務不能と認めた期間について、労務に服することができない旨の意見を必ずご記入ください。) 平成 年 月 日 保険医療機関名 及び住所 保険医氏名 ⑩ (電話 - -)			

委任状	表記請求金額の受領を 平成 年 月 日 に委任します。 被保険者氏名 ⑩
-----	---

傷病手当金 請求書 (第 回)
傷病手当金付加金 延長 (第 回)
延長傷病手当付加金

本人記入欄	被保険者証 記号・番号	標準報酬等級	級	
	氏名	生年月日	昭和 年 月 日 平成	
	発病又は負傷 の年月日	平成 年 月 日	傷病名	
	発病又は 負傷の原因	外傷の場合は詳しく記入のこと		
	労務に服することが できなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間		
	上記の期間中 における 入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	病院の名称 所在地	
	障害年金、障害 手当金を受けて いるとき、又は 受けることが できるとき	年金の 種別	障害年金・ 障害手当金	年金額
		年金を受ける こととなった 年月日	障害年金を受けている 場合は障害年金証書 の記号番号	年金の支給事由 となった傷病名

上記の通り請求します。
平成 年 月 日 提出
日本発条健康保険組合 理事長殿

注意事項
①各記入欄は記入捺印漏れのないようにお願いします。
②(事業主) 長期にわたる場合でも一ヶ月の期間ごとに証明するようお願いいたします。
第1回目は勤務管理台帳当の照合が必要です。
③(保険医) ICD-10(国際疾病分類・第10版)コード記入へのご協力をお願いします。
*ICD-10については裏面(もしくは別紙)をご覧ください。

日本発条健康保険組合

所属事業所
