

同年月日	令和 年 月 日
決済年月日	令和 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	・ ・ 療養給付開始年月日
前回 終	・ ・
満期日	令和 年 月 日
支給内訳	傷手 円 $\times \frac{2}{3} \times$ 日 =
	付加金 円 $\times \frac{14}{100} \times$ 日 =
	延長傷手 円 $\times \frac{50}{100} \times$ 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		
標準報酬	月額	千円 (第 級)	
	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・令和 年 月 日から 日間		
	平成・令和 年 月 日まで 円		
理由			

事業主証明欄	労務に服さなかった期間	平成・令和 年 月 日から 日間 平成・令和 年 月 日まで
	上記の期間中報酬関係	全部支給したまたは支給できる場合 平成・令和 年 月 日から 金 の分として 平成・令和 年 月 日まで (月 日支払) [円 日額 金 円]
	一部支給したまたは支給できる場合	平成・令和 年 月 日から 金 の分として 平成・令和 年 月 日まで (月 日支払) [円 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。 令和 年 月 日 事業所 住所 事業主 名称 氏名 氏名 (印)		

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

請求書

本人記入欄	被保険者証記号・番号	・	標準報酬等級	級	
	氏名	(印)	生年月日	年 月 日	
	発病又は負傷の年月日	令和 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・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間			
	上記の期間中における入院期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間	病院の名称		
	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	年金の種類	障害年金・障害手当金	年金額	年金の支給事由となった傷病名
		年金を受けることとなった年月日	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	
	上記の通り請求します。				
	令和 年 月 日 提出 日本発条健康保険組合 理事長殿				

保険医の意見欄	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	S H R 年 月 日	療養の給付を開始した年月日
	労務不能と認められた期間	入院期間	診療実日数
	自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日 日間	自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日 日間	
傷及び病の経過の主の症状要 (労務不能と認められた期間について、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。)			
令和 年 月 日 保険医療機関名 及び住所 保険医氏名 (印) (電話 - -)			

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

- 注意事項
- 各記入欄は記入捺印漏れのないようにお願いします。
 - (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。
 - (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。

所属事業所	
-------	--