

受付年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円
支給内訳	円
傷病手当金	円
付加金	円
支給開始	年 月 日
支給期間	年 月 日 (日間)
前回	自 年 月 日 至 年 月 日

常務理事	事務長		係

資格取得	年 月 日	
資格喪失	年 月 日	
標準報酬月額	円	
年金額(日額)	円(日額 円)	
全部・一部不支給	期間	自 年 月 日 (日間) 至 年 月 日
	理由	円
標準報酬日額× ² / ₃	円	

傷病手当金・傷病手当金付加金請求書 (第 回)

【ご注意】	被 保 険 者	被保険者証	記号	番号	被保険者の種別				
		事業所の名称及び所在地	名称	所在地					
		資格を取得した年月日	年 月 日			標準報酬月額	000円		
	が 記 入 す こ と を 認 め ら れ る	老人保健法の医療を受けたとき	市町村番号	受給者番号		発行機関名			
		発病または負傷の年月日	年 月 日			傷病名			
		発病または負傷の原因							
	こ ろ を 認 め ら れ る	労務に服することができなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで			日間			
		上記期間の報酬の全部または一部を受けるとき、または受けるときは、間	年 月 日から 年 月 日まで			日間			
		その報酬額及び期間	受けた報酬額			円			
	を 認 め ら れ る	障がい年金、障がい者手当を受けているとき、または受けるとき	年金の種類	障がい年金・障がい手当金		年金額		年金の支給事由となった傷病名	
		年金を受けるとき	年金を受けるときとなった年月日	年 月 日		障がい年金を受けている場合は障がい年金証書の記号番号			
		※1 任意継続被保険者並びに資格喪失者は必ず記入	退職に伴う公的年金を受給していますか		1 はい 2 いいえ 3 請求中				
	を 認 め ら れ る	年金の名称	コードまたは記号番号等		受給開始日		年金額		
					年 月 日		円		
					年 月 日		円		
	基礎年金番号			年金合計		円			
【 健保使用欄 】 ※ 請求者記入不要									
				×1/360円未満切捨		年金日額		円	
上記のとおり請求します。							年 月 日		
住所氏名	三重交通健康保険組合 理事長 殿								

● 傷病手当金は、出産手当金受給中の場合は支給できません。また、障がい年金受給の場合は、差額調整となります。

● 「任意継続被保険者」並びに「資格喪失者」は傷病手当金の支給と老齢年金等の重複はできません。(差額調整)

● 「任意継続被保険者」並びに「資格喪失者」で年金等を受給されている方は、必ず左記二点をお守りください。(差額調整)

● 年金受給等が判明した場合は、過払金をさかのぼって精算させていただきます。

● ※1欄太枠内の各項目をご記入ください。

● 当該「年金証書」(写)並びに直近の「振込通知書」(写)を添付ください。

事業主が記入するところ	労務に服さなかった期間		年 月 日から	日間	
			年 月 日まで		
	上記の支払う報酬関係	全額支給する場合	給した場合は	金 円 (日額)	(月 日 支払) (金 円)
		一部支給する場合	給した場合は	金 円 (日額)	(月 日 支払) (金 円)
現在までも支給しない旨		月 日以降は、当事業所規則により、 現在までもまた将来においても一切支給しない。			
事業主		上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日			
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号					

確認欄	この届出については①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者が作成したものである。②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
-----	---

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名	発病または負傷の原因	
	発病または負傷の年月日	年 月 日	療養の給付を開始した日 年 月 日
	労務不能と認めなかった期間	年 月 日から 日間	診療実日数 日間
		年 月 日まで	
	傷病の主症状および経過概要	入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで
所在地 病院名 医師氏名 電話番号	上記のとおり相違ありません。 年 月 日		

委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	金 年 月 日	請求した傷病手当金・傷病手当付加金のうち
	円 年 月 日	也の受領に関すること。
		住所 被保険者の氏名 事業所所在地 代理人の事業所名称 事業主氏名

振込希望の銀行名	銀行 支店 (普通 当座 No.) 名義
----------	------------------------

領収書	金 円 但し
	上記の金額を領収いたしました。 年 月 日
	三重交通健康保険組合 理事長 殿
	住所 受領者氏名