

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)		
全部・一部不支給	期間 自 年 月 日 至 年 月 日		
理由			
標準報酬			

見  
ル  
本  
表  
面  
社

傷病手当を受けた回数

## 傷病手当金・傷病手当金付加金請求書 (第 1 回)

<p>【ご注意】</p> <p>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。</p> <p>「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)</p> <p>「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。</p> <p>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。</p> <p>※1欄太枠内の各項目をご記入ください。</p> <p>● 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。</p>	被保険者証	記号	番号	被保険者の種別	運 転 士	
	事業所の名称及び所在地	名称	〇〇株式会社		所在地	〇〇市〇〇-丁目〇〇-△△
	資格を取得した年月日	S××年〇〇月△△日		標準報酬月額	000円	
	老医	確定できなければおおよその日を			受給者番号	発行機関名
	発病または負傷の年月日	R3年 1月中旬日		傷病名	〇〇〇〇病	
	発病または負傷の原因	(原因をお書きください)				
	労務に服することができなかった期間	R3年 3月 1日から R3年 3月 31日まで		31 日間		
	上記期間の報酬の全部またはその一部を、または受けるべき報酬額及びその期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間		
	障害年金、障害者年金を受けているときまたは受けることができること	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	
	※1 任意継続被保険者は必ず記入	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			
	年金の名称	コードまたは記号番号等	受給開始日	年金額		
	老齢年金	〇〇〇〇	R 2年 1月 1日	120,000 円		
	基礎年金番号			120,000 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		
住所	上記のとおり請求します。				令和3年 4月 10日	
氏名	〇〇市〇〇町〇番〇〇号		健保 康太			
	三重交通健康保険組合 理事長 殿					

事業主が記入するところ	労務に服さなかった期間	R3年3月1日から R3年3月31日まで	31日間
	上記の期間中の報酬関係	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (日額 金 円)
	上記の期間中の報酬関係	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (日額 金 円)
	上記の期間中の報酬関係	3月1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。	
事業主が記入するところ		上記のとおり相違ないことを証明します。 令和3年4月12日	
事業主が記入するところ		※事業所所在地及び事業主氏名等をご記入ください。	

確認欄	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間 診療実日数 日間
	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 <b>〇〇株式会社</b> を代理人と定め、次の権限を委任する。 令和3年4月10日請求した傷病手当金・傷病手当付加金のうち 金 円 也の受領に関すること。 令和3年4月10日
	住所 <b>〇〇市〇〇町〇番〇〇号</b>
	被保険者の氏名 <b>健保 康太</b>
	代理人の事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 <b>※事業所所在地及び事業主氏名等をご記入ください。</b>

振込希望の銀行名	銀行	支店 (普通 当座 No. )	名義 〇〇
----------	----	-----------------	-------

領収書	金 円 也 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 <b>空 欄</b>
	受領者 住所 氏名