受付年月日	年　月　日
決裁年月日	年　月　日

支給額		円
支給内訳	傷病手当金	円
	付加金	円

支給開始	年　月　日
支給期間	年　月　日 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（　　円）
全部・一部不支給	期間	自　年　月　日（　　日間） 至　年　月　日　円
	理由	
標準報酬日額×2/3		円

三重交通健康保険組合
及び退職者
（表面）
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）

【ご注意】

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、障害年金受給の場合は、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。

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く場合がありますのでご注意ください。

● ※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。

被保険者が記入するところ

被保険者	記号 ××	番号 ○○○○○	被保険者の業務の種別	運転士
事業所の名称及び所在地	名称	○○株式会社 ○○営業所	所在地	○○市○○ー丁目○○ー△△
資格を取得した年月日	R××年○○月△△日		標準報酬月額	０００円
	R7年 1月中旬日		傷病名	○○○○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	R7年 2月 1日から R7年 2月 28日まで			28 日間
上記期間の報酬の全部または一部を受けたとき、または受けることができるときは、その報酬額及び期間	年　月　日から 年　月　日まで 受けた報酬額　円 受けることができる報酬額　円			日間

確定できなければおおよその日を

障害年金、障害者手当を受けているときまた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			

※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	
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	○○○○	R 2年 1月 1日	120,000 円
		年　月　日	120,000 円
		月　日	円
基礎年金番号		合計	120,000 円

任意継続者、資格喪失者で、年金支給を受けている場合は必ずご記入ください。

【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。　令和7年 3月 5日

住所　○○市○○町○番○○号

氏名　健保 康太

三重交通健康保険組合 理事長 殿

及三見び重交本退職通（裏面）

事業主が記入するところ	労務に服さなかった期間	R7 年 2 月 1 日から R7 年 2 月 28 日まで　28 日間
	上記の期間中報酬を支払う	全部支給した場合、または支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで　の分として　金 円（ 月 日支払）（日額 金 円）
		一部支給した場合、または支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで　の分として　金 円（ 月 日支払）（日額 金 円）
		現在までにもまた将来も支給しない場合は、その旨	2 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。
			上記のとおり相違ないことを証明します。　令和7 年 3 月 12 日

「事業主が記入するところ」及び「確認欄」は退職者の方は空白

※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	レ	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年月日	年 月 日
	労務不能と認めた期間	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　　を代理人と定め、次の権限を委任する。

年　月　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。

年　月　日

被保険者の　住所

氏名

代理人の　事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

空欄

振込希望の銀行名	○○　銀行　××　支店（普通 当座 No. △△△△）　名義ｶﾀｶﾅ　ケンポ タロウ

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

受領者　住所　○○市○○町○番○○号

氏名　健保 康太