

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	
	(日間)			
前回	自	年	月	日
	至	年	月	日

常務理事	専務員								
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> 見直し及三重 本交退 通職表 者面 </div>						資格取得	年	月	日
						資格喪失	年	月	日
標準報酬月額	円								
年金額(月額)	円								
全部・一部不支給	期間	自	年	月	日				
	理由	至	年	月	日				
標準報酬月額 × 2/3	円								
傷病手当を受けた回数						円			

傷病手当金・傷病手当金付加金請求書 (第 1 回)

【ご注意】	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 〇〇営業所	所在地	〇〇市〇〇-丁目〇〇-△△			
	資格を取った年月日	取得年月日	S××年〇〇月△△日	標準報酬月額	0 0 0 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			
	発病の年	発病または負傷の年月日	R3年 1月中旬日	発病名	〇 〇 〇 〇 病			
	発病の原	発病または負傷の原因	(原因をお書きください)					
	労働に服することができなかった期間	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一部を受けるときは、その報酬額及び期間	報酬の受け取り期間	年 月 日から 年 月 日まで	受けた報酬額	円			円
	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	障害年金の種類	障害年金・障害者年金	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					
資格喪失者は必ず記入	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				
			年 月 日	120,000 円				
	基礎年金番号	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。		合計	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	健保 康太			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 労働に服従した期間 全額支給した場合は合 全額支給した場合は合 一部支給した場合は合 一部支給した場合は合 現に将来でも支給し ない場合は、その	R3 年 3 月 1 日から R3 年 3 月 31 日まで	31 日間
	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (日額) の分として (月 日 支払) (金 円)
	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (日額) の分として (月 日 支払) (金 円)
	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。	
	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」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	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
	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
	入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	傷病の主症状および経過概要	上記のとおり相違ありません。	
所在地 病院名 医師氏名 電話番号	年 月 日		

委任状	私は 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	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	被保険者の氏名	住所
	代理人の氏名	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名
	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; display: inline-block;"> 空欄 </div>	

振込希望の銀行名	〇〇 銀行 ×× 支店 (普通 当座 No. △△△△) 名義 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
	住所 〇〇市〇〇町〇番〇〇号 受領者氏名 健保 康太