

支給決定伺

年金の有無		有				無				
		金額(円)				日額(円)				
支給額合計										
支給 内 支 払 決 議 書	傷病手当金	20/30	(1)							
			(2)							
		計								
	付加金	1/30	(1)							
			(2)							
	老齢年金額									
	障害年金額									
	障害手当金額									
	療養開始日		平成 年 月 日							
	支給開始		平成 年 月 日							
期間満了予定		平成 年 月 日								
支給期間		自平成 年 月 日				至平成 年 月 日 日間				

決 裁				
常務理事	事務長		担当者	担当者
資格取得	昭和・平成 年 月 日			
資格喪失	平成 年 月 日			
標準報酬月額	千円(第 級)			
	千円(第 級)			
全部・一部	期間	平成 年 月 日から 日間		
		平成 年 月 日まで 円		
不支給	理由			
待機	日分差引			
備考				

傷病手当金・傷病手当金付加金請求書(第 回目)

捨印

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の記号・番号	記号	番号	事業所	名称					
	被保険者の業務の種別				所属	TEL内線				
	資格を取得した年月日	昭和 平成	年	月	日	標準報酬月額	円	標準報酬日額	円	円
	発病又は負傷の年月日	昭和 平成	年	月	日	傷病名				
	発病又は負傷の原因					第三者行為によるものですか いいえ ・ はい				
	労務に服することができなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間								
	上記期間中においての有給休暇期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間								
	障害年金、障害手当金、老齢年金を受けているとき又は受けられるとき	年金の種別	障害年金・障害手当金・老齢年金			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	平成 昭和 年 月 日			年金を受けている場合は年金証書の記号番号				
	銀行 支店 (普通口座)									
上記の通り請求いたします。 平成 年 月 日 被保険者 〒 住所 _____ TEL _____ フリガナ 氏名 _____ 印 生年月日 昭和 年 月 日 (才) 平成										
沖電気工業健康保険組合理事長 殿										

傷病手当金および傷病手当付加金は給与補償であるため、申請可能の日数は基本を1ヶ月とし、2ヶ月を限度といたします。

事業主が証明するところ	出勤状況（出勤：○、欠勤：×、有給：有、休日：休 をそれぞれ記入してください）																															
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	上記期間中の分として支払う報酬関係	労務に服さなかった期間	平成	年	月	日から	日間																									
		全額支給した場合、又は支給する場合	平成	年	月	日から	日間																									
		現在までもまた将来も支給しない場合はその旨	平成	年	月	日まで	計 日間																									
		休職年月日											年	月	日	復職年月日											年	月	日			
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日																															
	住所 事業主 氏名 ⑩																															

傷病手当金および傷病手当付加金は給与補償であるため、申請可能の日数は基本を1ヶ月とし、2ヶ月を限度といたします。

療養を担当した医師が意見を書くところ	患者氏名																																				
	傷病名	(1)	療養の給付開始年月日 (初診日)																												(1)	平成	年	月	日		
		(2)																													(2)	平成	年	月	日		
	発病または負傷の年月日	平成	年	月	日	発病																										発病または負傷の原因					
	労務不能と認められた期間	平成	年	月	日	負傷																										入院の場合はその期間	平成	年	月	日	日間
	診療実日数	日																				平成	年	月	日	日間											
	さいで診療日を下	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
	労務不能と認められた期間における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく） 症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																				
上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日																																					
医療機関所在地 医療機関の名称 医師の氏名 ⑩ 電話番号 ()																																					