

銀行振り込みを希望される場合は2、3ページ目にご記入ください。

昭和シェル健康保険組合

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(2) 被保険者証の記号と番号	(記号) 000	(番号) 0000	(3) 被保険者の氏名と押印	健保 太郎	(4)			
	(5) 被保険者の現住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-1							
	(6) 事業所の名称	〇〇〇〇株式会社			(7) 被保険者の標準報酬等級	等	級		
	(8) 被保険者の資格を取得した年月日	平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		(9) 被保険者の業務の種別	事務職				
	(10) 発病又は負傷の年月日	平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		(11) 傷病名	骨折				
	(12) 発病又は負傷の原因を詳しく	自治体のサッカー大会に参加した際、試合中に転倒し、左足を骨折した。							
	(13) 傷病又は負傷の療養をするため休んだ期間	平成・令和 〇〇年〇〇月〇〇日から		平成・令和 〇〇年〇〇月〇〇日まで				〇〇日間	
	(A) 上の(13)に書いた期間の分の報酬を受けましたか、又は受けられますか	受けた ・ <u>受けない</u> ・ 受けられる ・ 受けられない							
	(B) 報酬支払を受けたとき又は受けられるときは、その報酬の額とその報酬額支払の基礎となった期間	平成・令和 年 月 日から		平成・令和 年 月 日まで					の分として 円
	(A) 上の(13)に書いた期間の中に入院した期間がありますか	<u>ある</u> ・ ない							
(B) 入院した期間があるときは	(イ) 病院名	〇〇〇〇病院			(ロ) 病院の所在地	〇〇県〇〇市〇〇町2			
	(ハ) 入院した期日	平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日から		平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで					
	(ニ) 健康保険で入院しましたか、自費で入院しましたか	<u>健保</u> ・ 強制収容 ・ 自費 ・ その他		(ホ) 被扶養者がおりますか	<u>いる</u> ・ いない				
	(ヘ) 被扶養者があるときは、その者の	氏名		生年月日		被保険者との続柄			
	健保 良子		〇〇年 5月 1日生		妻				

(B)

事業主が証明するところ	(16) 労務に服さなかった期間	平成・令和〇〇年 〇〇月 〇〇日から 平成・令和〇〇年 〇〇月 〇〇日まで	〇〇日間	
	上の期間中の分として支払う報酬関係	(イ) 全額支給した場合 又は支給する場合	平成・令和〇〇年 〇〇月 〇〇日から 平成・令和〇〇年 〇〇月 〇〇日まで	の分 金 〇〇万 円 (〇月〇日支払) (日額金 〇万 円)
		(ロ) 一部支給した場合 又は支給する場合	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	の分 金 円 ( 月 日支払) (日額金 円)
		(ハ) 現在までも又将来も支給しない場合は、その旨		
上のおり相違ないことを証明します 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 事業主 (18) 住所 〇〇県〇〇市〇〇町1 (19) 氏名 〇〇 〇〇 (20) 印 電話 111 局 (111) 1111 番				

療養を担当した医師が意見を書くところ	(21) 傷病名		(22) 傷病が結核性であるか否か	結核性・非結核性	
	(23) 発病又は負傷の原因				
	(24) 発病又は負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	(25) 療養の給付を開始した年月日	平成・令和 年 月 日	
	(26) 労務不能と認められた期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日間	(27) 左の期間中の診療実日数	日間
	(28) 傷病の主症状及び経過概要				
	(29) 上の(26)期間中に入院した場合は、その期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日間	(30) 入院の費用別	健保・自費・公費
上のおり相違ありません 令和 年 月 日 医師 (31) 住所 (32) 氏名 (33) 印 電話 局 ( ) 番					

昭和シエル健康保険組合

委任状	(34) 私は 〇〇 〇〇 を代理人と定め、次の権限を委任する。 〇〇年 〇〇月 〇〇日請求した傷病手当金・傷病手当金付加金のうち 金 〇〇〇〇〇〇 円也の受領に関すること。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 被保険者の住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 (請求者) 氏名 健保 太郎 (健保印)
-----	---

傷病手当金付加金請求書(第 号)

被保険者証の 記号と番号	(記号) 000	(番号) 0000	標準報酬等級	第 級	事業所名 又は 所属部課名	〇〇〇〇株式会社
労務に服しな かった期間	平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日から	平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで		〇〇日間	傷病名	骨折
払渡希望の 銀行名	〇〇 銀行		口座番号	普・当 0000000		
	(マルマル) (フリガナ) 〇〇 支店		(フリガナ) 口座名義人	ケンボ タロウ 健保 太郎		

上記によって金 〇〇〇〇〇〇 円也を請求する

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

〒000-0000

被保険者の住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1

(電話番号) 000 - 000 - 0000

氏名及び印 健保 太郎



昭和シェル健康保険組合理事長殿