

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)	(番号)	(3) 被保険者の 氏名と押印	(4) 印						
	(5) 被保険者の 現住所										
	(6) 事業所 の名称				(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	年	(9) 被保険者の 業務の種別	日					
	(10) 発病又は負 傷の年月日	平成	令和	年	(11) 傷病名	日					
	(12) 発病又は負 傷の原因を 詳しく										
	(13) 傷病又は負 傷の療養を するため休 んだ期間	平成・令和	年	月	日から	平成・令和	年	月	日まで	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 ・ 受けない ・ 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	ある ・ ない									
(B) 入院した期間があるときは	(イ) 病院名				(ロ) 病院の所在地						
	(ハ) 入院した 期日	平成・令和	年	月	日から	平成・令和	年	月	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	健 保	・	強 制 収 容	・	自 費	・	そ の 他	(ホ) 被扶養者が おりますか	いる ・ 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				
					年 月 日生						

(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 平成・令和	年 月 日から 年 月 日まで	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 平成・令和	年 月 日から 年 月 日まで	の分 金 円 ( 月 日支払) (日額金 円)
		(ロ) 一部支給した場合又は支給する場合	平成・令和 平成・令和	年 月 日から 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 年 月 日 事業主 (18) 住所 (19) 氏名 (20) 印 電話 局 ( ) 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 平成・令和	年 月 日から 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 平成・令和	年 月 日から 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 年 月 日請求した傷病手当金・傷病手当金付加金のうち 金 円也の受領に関すること。 令和 年 月 日 被保険者の住所 (請求者) 氏名 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) (番号)	標準報酬等級	第 級	事業所名 又は 所属部課名	
労務に服しな かった期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで		日間	傷病名	
払 渡 希 望 の	銀行名  ( ) (フリガナ)	銀行	口座番号	普・当	
		店	(フリガナ) 口座名義人		

上記によって金 円也を請求する

令和 年 月 日

〒

被保険者の住所  
(電話番号) — —  
氏名及び印

印

昭和シェル健康保険組合理事長殿