

受付年月日	令和 年 月 日	決 裁			
伺 年 月 日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	台帳照合印
決裁年月日	令和 年 月 日				
※支給支払決議書	支給額	円	資格取得	昭和・平成 年 月 日	
	支給内訳	円	資格喪失	令和 年 月 日	
	傷病手当金 付加金	円			
	支給開始	年 月 日	標準報酬月額	千円(第 級)	
	支給期間	自 年 月 日 日間 至 年 月 日	障害年金・障害手当金	円(日額 円)	
	前回支給	始 年 月 日 日間 終 年 月 日	全部・一部 期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで 円	
	備考	日額	不支給 理由		

傷病手当金・傷病手当付加金請求書 (第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	①被保険者証の 記号・番号		②被保険者の 業務の種類別		
	③事業所の名称 及び所在地		名 称	所 在 地	
	④資格を取得 した年月日		年 月 日	⑤標準報酬月額	000 円
	⑥老健法の医療 を受けたとき		市町村 番 号	受 給 者 番 号	発 行 名 機 関 名
	⑦発病又は負傷 の年月日		年 月 日	⑧ 傷 病 名	
	⑨ 発 病 又 は 負 傷 の 原 因				
	⑩ 労務に服することが できなかった期間		平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日間	
	⑪ 上記期間の報酬の全 部又は一部を受けた とき、又は受けるこ とができるときは、 その報酬額及び期間		平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日間 円 円	
	⑫ 障害年金、障害手 当金を受けている とき、又は受ける ことができるとき		年金の種類	障害年金・障害手当金	年金額
			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
	⑬ 振込希望の銀行 名(ゆうちょ銀行以外)		銀行 支店(普通・当座)		
	⑭ 令和 年 月 日 上記のとおり請求します。 住所 被保険者の 氏 名 ㊞ オリジン健康保険組合理事長 殿				

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日間
	上記の期間中として支払う報酬関係	全部支給した場合、又は支給する場合	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで	の分として 金 (月 日支払) (日額 円)
		一部支給した場合、又は支給する場合	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで	の分として 金 (月 日支払) (日額 円)
		現在までも、又、将来も支給しない場合は、その旨		
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住所 事業主 氏名 電話 局() 番 印				

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名		発病又は負傷の原因	
	発病又は負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	療養の給付を開始した年月日	平成・令和 年 月 日
	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	診療実日数 日間
	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。 令和 年 月 日 住所 医師 氏名 電話 局() 番 印			

委任状	私は 令和 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。 令和 年 月 日 を代理人と定め、次の権限を委任する。			
	住所 被保険者の 氏名	印		
	住所 代理人の 氏名	印		

振込希望の銀行名	銀行 支店(普通・当座)
----------	---------------

領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 オリジン健康保険組合理事長殿 令和 年 月 日
	住所 受領者 氏名 印