受付年月日	年　月　日		決裁				
伺年月日	年　月　日						台帳照合印
決裁年月日	年　月　日						

※支給支払決議書					資格取得	年　月　日
支給額		円			資格喪失	年　月　日
支給内訳	傷病手当金	円			標準報酬月額	千円(第　級)
	傷病手当付加金	円			障害年金額・日額障害手当金額	円(日額　円)
支給開始	年　月　日				老齢(退職)年金額	円(日額　円)
支給期間	自　年　月　日 至　年　月　日	日間			全部・一部不支給 期間	年　月　日から　年　月　日まで　日間　円
前回 始	年　月　日				全部・一部不支給 理由	
前回 終	年　月　日				備考	

傷病手当金・傷病手当付加金請求書（第　回目）

被保険者が記入するところ						
①保険者等の記号・番号		②被保険者の業務の種別				
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介護保険のサービスを受けたとき	保険者番号		被保険者番号		保険者名称	
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第三者行為によるものですか	いいえ・はい			
⑪労務に服することができなかった期間	年　月　日から 年　月　日まで	日間				
⑫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	年　月　日から 年　月　日まで 受けた報酬額 受けることができる報酬額	日間 円 円				
⑬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	㋐年金の種別	障害年金・障害手当金	㋑年金額		㋒年金の支給事由となった傷病名	
	㋓年金を受けることとなった年月日	年　月　日	㋔障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード			

⑭任意継続被保険者の方	㋐老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか			はい・請求中・いいえ
	㋑老齢(退職)年金の名称	㋒基礎年金番号及び年金コード又は記号番号若しくは番号	㋓受給年月日	㋔年金額
			年　月　日	円
			年　月　日	円
			年　月　日	円
			㋕年金の合計額	円

⑮振込希望の金融機関名	銀行・金庫・信組	店・本店 支店・出張所
	普通 当座　口座番号	フリガナ 口座名義

⑯ 上記のとおり申請します。　年　月　日

被保険者の　住所　〒

氏名

昭和産業健康保険組合理事長　殿

事業主が証明するところ

⑰ 労務に服さなかった期間		年 月 日から 年 月 日まで　日間
⑱ 上記の期間中の分として支払う報酬関係	㋐ 全額支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで　の分として　金 円（日額 金 円） （ 月 日支払）
	㋑ 一部支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで　の分として　金 円（日額 金 円） （ 月 日支払）
	㋒ 現在までにも又、将来も支給しない場合は、その旨	
⑲	上記のとおり相違ないことを証明します。　年 月 日 事業主 住所 〒 氏名 電話 （ ）	

療養を担当した医師が意見を書くところ

⑳ 傷病名		㉑ 発病又は負傷の原因		
㉒ 発病又は負傷の年月日	年 月 日	㉓ 療養の給付を開始した年月日	年 月 日	
㉔ 労務不能と認めた期間	年 月 日から 年 月 日まで　日間	㉕ 診療実日数	日間	
㉖ 傷病の主症状及び経過概要				
人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	昭和・平成 年 月 日		
	人工臓器等の種類	ア. 人工肛門 イ. 人工関節 ウ. 人工骨頭 エ. 心臓ペースメーカー オ. 人工透析 カ. その他（ ）		
㉗ 上記の期間中に入院をした期間がある場合はその期間	年 月 日から 年 月 日まで　日間	入院費用の別	健保・公費 自費・その他	
㉘	上記のとおり相違ありません。　年 月 日 医療機関の名称 医療機関の所在地 〒 医師の氏名　電話 （ ）			

委任状

㉙ 私は、　を代理人と定め、次の権限を委任する。
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

被保険者の 住所 〒
氏名

代理人の 住所 〒
氏名

委任者と代理人との関係

㉚ 振込希望の金融機関名	銀行・金庫・信組	店・本店 支店・出張所
	普通 当座　口座番号	フリガナ 口座名義

領収書

㉛ 金　円也但し
うえの金額を領収いたしました。　年 月 日

昭和産業健康保険組合理事長　殿

受領者 住所 〒
氏名