

|               |       |       |   |         |   |   |   |      |       |     |   |   |
|---------------|-------|-------|---|---------|---|---|---|------|-------|-----|---|---|
| 支 給 決 定 決 議 書 |       |       |   |         |   |   |   |      |       |     |   |   |
| 標準報酬月額算定欄     |       |       |   |         |   |   |   |      |       |     |   |   |
|               |       |       |   |         |   |   |   |      |       |     |   |   |
| /             | /     | /     | / | /       | / | / | / | /    | /     | /   | / |   |
|               |       |       |   |         |   |   |   |      |       |     |   |   |
| 科目            | 傷病手当金 |       |   | 支給額の計算等 |   |   |   | 常務理事 |       | 事務長 |   | 係 |
| 金額            | 法定給付  | 円     |   |         |   |   |   |      |       |     |   |   |
|               | 付加給付  | 円     |   |         |   |   |   |      |       |     |   |   |
|               | 合計    | 円     |   |         |   |   |   |      |       |     |   |   |
| 資格記録          | 取得日   | 年 月 日 |   |         |   |   |   | 決定   | 年 月 日 |     |   |   |
|               | 喪失日   | 年 月 日 |   |         |   |   |   |      |       |     |   |   |
| 給付記録          | 待期間   | ～     |   | 備考      |   |   |   |      |       |     |   |   |
|               | 支給開始日 | 年 月 日 |   |         |   |   |   |      |       |     |   |   |

健康保険 傷病手当金・同付加金請求書 (第 回目)

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |       |         |                                   |                |                              |         |          |  |  |  |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|---------|-----------------------------------|----------------|------------------------------|---------|----------|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 被保険者等<br>記号・番号                                                                                                                                                                                                                                                             | 記号 |       | 事業所の名称  |                                   |                |                              |         |          |  |  |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                            | 番号 |       | TEL     |                                   |                |                              |         |          |  |  |  |
|                                 | 業務内容                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |       |         |                                   | 傷病名            |                              |         |          |  |  |  |
|                                 | 発病又は負傷の原因                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |       |         |                                   |                |                              |         | 年齢       |  |  |  |
|                                 | 発病又は負傷の年月日                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |       | 年 月 日   |                                   | 第三者の行為によるものですか |                              |         | □はい □いいえ |  |  |  |
|                                 | 障害年金又は障害手当金を受給していますか                                                                                                                                                                                                                                                       |    |       |         | □障害厚生年金 □障害手当金 □受給中 □手続中 □受給していない |                |                              |         |          |  |  |  |
|                                 | 障害年金又は障害手当金の受給（手続）要因となった傷病名                                                                                                                                                                                                                                                |    |       |         |                                   |                |                              |         |          |  |  |  |
|                                 | 障害年金又は障害手当金を受給（手続）中の方は下にご記入ください。（手続き中の方は、基礎年金番号のみご記入ください。）                                                                                                                                                                                                                 |    |       |         |                                   |                |                              |         |          |  |  |  |
|                                 | 基礎年金番号                                                                                                                                                                                                                                                                     |    | 年金コード |         |                                   | 支給開始年月日        |                              |         | 年金額（円）   |  |  |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |       |         |                                   |                |                              |         |          |  |  |  |
|                                 | 資格を喪失した方で、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                                                                                                                                                                                                                                        |    |       |         | □受給中 □手続中 □受給していない                |                |                              |         |          |  |  |  |
|                                 | 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給（手続）中の方は下にご記入ください。（手続中の方は、基礎年金番号のみご記入ください。）                                                                                                                                                                                                             |    |       |         |                                   |                |                              |         |          |  |  |  |
|                                 | 基礎年金番号                                                                                                                                                                                                                                                                     |    | 年金コード |         |                                   | 支給開始年月日        |                              |         | 年金額（円）   |  |  |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |       |         |                                   |                |                              |         |          |  |  |  |
|                                 | 労災保険から休業補償を受けている期間の傷病手当金申請ですか。<br>(はい、又は請求中の場合は、支給（請求）労働基準監督署名をご記入ください)                                                                                                                                                                                                    |    |       |         |                                   |                | □はい □請求中 □いいえ<br>(労働基準監督署名 ) |         |          |  |  |  |
|                                 | 療養のため休んだ期間（請求期間）                                                                                                                                                                                                                                                           |    |       | 年 月 日から |                                   | 年 月 日まで        |                              | 日間      |          |  |  |  |
|                                 | 上記期間中に報酬を受けたとき又は<br>受けられるときは、その期間及び報酬の額                                                                                                                                                                                                                                    |    |       | 年 月 日から |                                   | 年 月 日まで        |                              | 日間<br>円 |          |  |  |  |
|                                 | <p>・ 上記のとおり申請します。</p> <p>・ 在職期間中の申請の場合は、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任します。</p> <p>・ 電通健康保険組合が傷病手当金の支給審査を行うにあたり、不明な点があった場合は、該当の療養を担当した医療機関等に対し照会を行うこと及び医療機関等が照会の回答をされることに同意します。<br/>なお、照会先が複数となる場合は、この同意書の写しも有効とします。</p> <p>【現住所】<br/>〒 - 年 月 日</p> <p>被保険者名</p> <p>電通健康保険組合理事長殿</p> |    |       |         |                                   |                |                              |         |          |  |  |  |

|                                                                  |                                                                          |               |                                                   |       |       |   |     |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------|-------|-------|---|-----|
| 事業主証明欄                                                           | 労務に服さなかった期間<br>※出勤簿の写しを添付のこと                                             |               | 年 月 日 から 年 月 日まで 日間                               |       |       |   |     |
|                                                                  | 現在の状況（証明日現在）                                                             |               | 1. 年 月 日から休職中 2. 年 月 日から出勤（予定）<br>3. 年 月 日 退職（予定） |       |       |   |     |
|                                                                  | 上記期間中の報酬について<br>※初回および 1 の場合は賃金台帳及び勤務表の写しを添付すること<br>※2 の場合は勤務表の写しを添付すること |               | 1. 全額または一部を支給した（する） 2. 現在までにも、又将来も支給しない           |       |       |   |     |
|                                                                  | 上記期間中の報酬内訳                                                               | 報酬の区分         | 支給期間                                              |       | 支給年月日 |   | 支給額 |
|                                                                  |                                                                          | 通勤手当          | 年 月 日 ～ 年 月 日                                     |       | 年 月 日 |   | 円   |
|                                                                  |                                                                          |               | 年 月 日 ～ 年 月 日                                     |       | 年 月 日 |   | 円   |
|                                                                  |                                                                          |               | 年 月 日 ～ 年 月 日                                     |       | 年 月 日 |   | 円   |
|                                                                  |                                                                          | 年 月 日 ～ 年 月 日 |                                                   | 年 月 日 |       | 円 |     |
|                                                                  |                                                                          | 年 月 日 ～ 年 月 日 |                                                   | 年 月 日 |       | 円 |     |
| ●賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）について記入してください。                                  |                                                                          |               |                                                   |       |       |   |     |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。<br><br>年 月 日<br><br>事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名 |                                                                          |               |                                                   |       |       |   |     |

|              |                                                                                                                                                                                                                  |                     |                          |       |            |    |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------|-------|------------|----|
| 療養担当医師の意見記入欄 | 患者氏名                                                                                                                                                                                                             |                     | 傷病名                      |       |            |    |
|              | 発病又は負傷の原因                                                                                                                                                                                                        |                     |                          |       |            |    |
|              | 発病又は負傷の年月日                                                                                                                                                                                                       | 年 月 日               | 診療を開始した年月日<br>（上記疾病の初診日） | 年 月 日 |            |    |
|              | 労務不能と認めた期間                                                                                                                                                                                                       | 年 月 日 から 年 月 日まで 日間 |                          |       | 左の期間の診療実日数 | 日間 |
|              | 【上記の期間中における主症状および経過概要】<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>【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】<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>上記のとおり相違ありません。<br><br>年 月 日<br><br>医療機関所在地<br>医療機関名称<br>医師氏名<br><br>TEL |                     |                          |       |            |    |