

支給決定決議書

標準報酬月額算定欄

| | | | | | | | | | | | |
|------|-------|---|---|---|-------------------|------------|---|------|-------|---|---|
| / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 科目 | 傷病手当金 | | | | ◎この欄には記入しないでください。 | | | 常務理事 | 事務長 | 係 | |
| 金額 | 法定給付 | | | 円 | 給付記録 | 【標準報酬月額 円】 | | | | | |
| | 付加給付 | | | 円 | | | | | | | |
| | 合計 | | | 円 | | | | | | | |
| 資格記録 | 取得日 | 年 | 月 | 日 | 備考 | | | 決定 | 年 月 日 | | |
| | 喪失日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | |
| 給付記録 | 待期間 | ～ | | | | | | | | | |
| | 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 1 回目)

| | | | | | | | |
|--|--|---|-------------------------|---------------------------------------|---|--------|--|
| 被 保 険 者 記 入 欄 | 被保険者等 記号・番号 | 記号 | ×× | 事業所の名称 | (株)××××× | | |
| | | 番号 | ××××× | TEL | ××-××××-×××× | | |
| | 業務内容 | 経理事務 | | 傷病名 | 両足骨折 | | |
| | 発病又は負傷の原因 | スキーをしていて転倒し、両足骨折 | | 原因がわからないときは、「不明」 または「不詳」と記入してください。 | 年齢 | ×× | |
| | 発病又は負傷の年月日 | 令和6年2月1日 | | 第三者の行為によるものですか | □はい <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 | | | | | | |
| | 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) | | | |
| | 年月日がわからないときは、「〇年頃」「〇年〇月頃」または、「不明」と記入してください。 | | | | | | |
| | 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。 | □はい □請求中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | | (労働基準監督署名) | | | |
| | (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) | | | | | | |
| 療養のため休んだ期間(請求期間) | 令和6年3月1日 から 令和6年3月31日 まで 31日間 | | | | | | |
| 上記期間中に報酬を受けたとき又は受けられるときは、その期間及び報酬の額 | 年 | 月 | 日から | 年 | 月 | 日まで 日間 | |
| 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</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、不明な点があったり、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より、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> | | | | | | | |
| 【現住所】 | | | 書類の受け取りができる住所を記入してください。 | | | | |
| 〒 ×××-×××× ×××× | | | 令和6年4月10日 | | | | |
| 電通健康保険組合理事長殿 | | | 被保険者名 電通 花子 | | | | |

| | | | | | | |
|--------------------------|--|--|---------------|-------|-------|-----|
| 事業主 証明欄 | 労務に服さなかった期間 <small>※出勤簿の写しを添付のこと</small> | 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） 3. 年 月 日 退職（予定） | | | | |
| | 上記期間中の報酬について <small>※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 ※2の場合は勤務表の写しを添付すること</small> | 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 | |
| | ●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。 | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | |
| 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 | | | | | | |

| | | | | | | |
|---------------------------|-------------------------------------|---|------------|-------|------------|----|
| 療養担当 | 患者氏名 | | | 傷病名 | | |
| | 発病又は負傷の原因 | この欄は、請求期間をすべて過ぎてから、療養を担当した医師に記入してもらって下さい。 | | | | |
| | 発病又は負傷の年月日 | 年 月 日 | (上記疾病の初診日) | 年 月 日 | | |
| | 労務不能と認められた期間 | 年 月 日 から 年 月 日まで 日間 | | | 左の期間の診療実日数 | 日間 |
| 医師の意見記入欄 | 【上記の期間中における主症状および経過概要】 | | | | | |
| | 【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】 | | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。 | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | |
| 医療機関所在地 医療機関名称 医師氏名 | | | | | | |
| TEL | | | | | | |