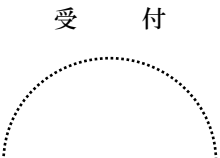


注 この請求書は「月単位」で、「毎月」提出して下さい。①②③④⑤⑥は該当する文字を○で囲んで下さい

傷病手当金支給決定伺		常務理事		事務長		課長		係		
支給決定額	¥									
支給期間	(自)R . . 日間 (至)R . . 回目		資格	取得喪失	昭・平・令 年 月 日 平・令 年 月 日					
前回までの支給期間	(自)R . . 日間 (至)R . . 回目		標準報酬	(旧) 年 月 月 額 (新) 年 月 月 額	千円	千円	円	円		
入院期間	(自)R . . 日間 (至)R . . 日間		手当金 日間 日額		円 ¥ 円					
決定年月日	年 月 日		減額期間		年 月 日 ~ 年 月 日					
支払年月日	年 月 日		日間		¥ 円					



傷病手当金請求書

和歌山県農協健康保険組合理事長 殿 (第 回目) 年 月 日 提出

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の証	(記号) (番号)	標準報酬 月額	千円	フリガナ 被保険者の氏名・印	⑩		
	事業所の名称				生年月日	S. H. R	年 月 日生	
	傷病名				現住所			
					電話番号			
			診療開始月日		年 月 日			
	発病負傷の原因	(いつ)	年 月 日 午 前後	時頃	① 第三者行為で	ある・ない		
		(どこで)				② 業務に関連が	ある・ない	
		(どんなように)				担 当 業 務		
	疾病又は負傷により療養のため休んだ期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間					
	③ 休んだ期間中の報酬は	受けない 受けた	受けられる	年 月 日から 年 月 日まで 日間				
	同じ傷病で障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか		障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名		基礎年金番号			
	いいえ・請求中・はい							
	任意継続被保険者の方	資格喪失後		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		いいえ・請求中・はい		
				年金コード又は記号番号もしくは番号		年 金 額		
				円				
				円				
				円				
受領委任	名称 上記金額の受領を 事業主 氏名 被保険者の氏名・印 ⑩ に委任します							

※資格喪失後の被保険者（本人）が直接受領するときは、振込先JA名を、記入してください。

振込先JA名	JA	本店	名義人（被保険者）
		支店	口座（種目・番号）

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで															日間			
	出勤簿確認の上仕事につかなかった日を○で囲む	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日間		
		月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日間			
	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	上記中の有給休暇は	月 日から 月 日まで															日間			
	④ 休んだ期間中の報酬は	イ 全額支給	した・する	⑤ 給与の種類	月給・日給・日給月給・歩合給・時給															
		ロ 一部支給	した・する																	
	全額又は一部支給のときは	ハ 全く支給しない			給与のメ切	毎月 日から 日まで 日払														
		基本給	円	月 日から 月 日まで	支給率 (平常給与の) %	⑥ 通勤手当の支給方法 定期券 現金 その他 ()														
通勤手当		円	月 日から 月 日まで																	
家族手当		円	月 日から 月 日まで																	
その他手当	円	月 日から 月 日まで																		
報酬の上記扱いに対する賃金規程の抜すい	第 条により										賃金規程で支給すべき場合に支給しないときは その理由									
上記のとおり相違ないことを証明します 年 月 日 事業主 名称 氏名 印																				

療養を担当した医師が意見を記入するところ	傷病名											傷病が結核性であるか否か		結核性・非結核性		
	発病又は負傷の原因															
	発病又は負傷の年月日	年 月 日				療養給付開始の年月日		年 月 日								
	労務不能と認めた期間	年 月 日から					左の期間中の 実診療日数		日							
		年 月 日まで 日間														
	労務不能期間中に入院した期間	年 月 日から					就労見込時期									
		年 月 日まで 日間					年 月 日頃									
	傷病の主症状及び経過の概要 (特に実診療日数少なく長期労務不能についてはその状況指示等)															最終診療日
																年 月 日
																最終診療日の投薬
日分																
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 住 所 (所在地) 医 師 医療機関名 氏 名 印																