

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(自)R		日間		資格取得		昭・平・令		年 月 日	
期間(至)R		回目		喪失		平・令		年 月 日	
前回までの(自)R		日間		標準(旧)		年 月		千円 日 円	
支給期間(至)R		回目		報酬(新)		年 月 額		千円 日 額 円	
入院(自)R		日間		手当金		日額		円	
期間(至)R		日間		¥		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	

受 付

資格情報のお知らせ等に記載の記号・番号をご記入ください。

傷病手当金請求書

保険組合理事長 殿 (第 回目) 年 月 日 提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 (記号)		99	標準報酬月額	千円	フリガナ	ケンボ タロウ	
	証 の (番号)		999		被 保 険 者 の 氏 名・印	健保 太郎 印		
	事業所の名称		〇〇農業協同組合		日	S. H. R	〇年 〇月 〇日生	
	傷 病 名		〇〇〇〇〇		電 話 番 号	073-436-0502		
	発病(いつ)		〇年 〇月 〇日 午 前後		診療開始月日	7年 3月 1日		
	負傷(どこで)		分かる範囲で記入してください。		① 第三者行為で	ある ない		
	原因(どんなように)				② 業務に関連が	ある ない		
	担当業務				担 当 業 務		〇〇〇〇	
	疾病又は負傷により療養のため休んだ期間		7年 4月 1日から		申請はひと月単位でお願いします。			
	③ 休んだ期間中の報酬は		受けない 受けられる		7年 4月 30日まで		30 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		いいえ 請求中・はい		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	
	任意継続被保険者の方		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		年金コード又は記号番号もしくは番号		いいえ・請求中・はい	
	受領委任		上記金額の受領を 事業主 氏 名		〇〇農業協同組合 事業主〇〇 〇〇		に委任します	
	振 込 先 J A 名		J A		本店		名義人 (被保険者)	
					支店		口座 (種目・番号)	

喪失者、任意継続被保険者は振込先を記入ください。

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。