

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) (新) | 年月月額 年月額 | 千円 千円 日額 日額 円 円 |
| 入院 期間 | (自)R . . . 日間 (至)R . . . 日間 | | | 手当金 日間 | 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 |

受付

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 | 千円 | フリガナ | ケンボ タロウ |
| | 証の (番号) | 999 | 酬月額 | | 被保険者 の氏名・印 | 健保 太郎 印 |
| | 事業所の 名称 | ○○農業協同組合 | 分かる場合は記入不要です。 | 日 | S.H.R | ○年 ○月 ○日生 |
| | 傷病名 | ○○○○○ | 電話番号 | 073-436-0502 | | |
| | 発病 負傷 の 原因 | (いつ) ○年 ○月 ○日 午前後 時頃 (どこで) (どんなように) | 診療開始月日 | 7年 3月 1日 | | |
| | ① 第三者行為で ある | ② 業務に関連が ある | | | | |
| | 担当業務 | ○○○○ | | | | |
| | 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 7年 4月 30日まで | 30 日間 | 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 受けた | 受けられる | 年月日から 年月日まで | | |
| | 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 | | | | | | |
| 資格 継続 喪失 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 年金額 | | | | |
| 受領委任 | 上記金額の受領を 事業主 氏名 在職中の方は、事業所受領委任 払いとなりますので、署名と押 印願います。 被保険者の氏名・印 | ○○農業協同組合 事業主○○ ○○ に委任します 健保 太郎 印 | | | | |
| 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。 | | | | | | |
| 振込先JA名 | | J A | 本店 | 名義人(被保険者) | | |
| | | | 支店 | 口座(種目・番号) | | |