

給付金支給決定決議書	常務理事	事務長	業務課長	係長	担当者	金額	万	千	百	十	円	
						支給開始	年	月	日			
	資格取得	年 月 日				支給期間	自	年	月	日	日間	
	資格喪失	年 月 日					至	年	月	日		
	標準報酬 月額	年 月 日			千円		入院期間	自	年	月	日	日間
		年 月 日			千円			至	年	月	日	
一部不支給	月 日 ~ 月 日 日間				法 108 条 該 () ・ 否							

傷病手当金請求書(第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号番号	—		② 事業所 の 名 称		
	③ 傷病名			④ 職 種 (仕事の内容)		
	⑤ 発病又は負傷の年月日および原因	年 月 日 午前・午後 時 分 頃(どこで、どうして~詳しく記入のこと) 公用・私用・通勤途中・帰宅途中・その他()				
	⑥ 病歴	年 月 日 ~		医院・病院	年 月 日 ~ 医院・病院	
	⑦ 傷病のため仕事につけなかった期間	自 令和 年 月 日		日間	⑧ 左記の期間中に給料(手当等を含む)を 受けた ・ 一部受けた ・ 受けない	
	⑨ 上の期間中に入院したときはその	病院名			入院した 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間
	⑩ 上記のとおり申請します。	令和 年 月 日 郵便番号 — 被保険者(請求者) 住 所 氏 名 宮城県自動車販売健康保険組合 殿 T E L — —				
	委任状	上記金額の受領をつぎのとおり委任します。 住 所 ⑪ 委任された者の 氏 名 ⑫ 委任する者(請求者)の 氏 名				
	⑬ <input type="checkbox"/> 公金受取口座を希望する場合は <input type="checkbox"/> にチェックを入れて下さい。⑭の記載は不要です。					
	⑭ 払渡希望の銀行名 ・ 請求者(被保険者)と預金者が違う場合は委任状欄をご記入下さい。 受 付 印					
銀 行 名		銀行			本・支店	
口 座 の 種 類		普通預金 ・ 当座預金 ・ 貯蓄預金				
口 座 の 記 号 番 号						
預 金 者 の 氏 名		フリガナ				

◎保険給付金の支払は銀行振込となります。

事業主が記入するところ	⑮ 労務に服さなかつた期間 〔該当する日を〕 〔○で囲むこと〕	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計 日	
			16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
		令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計 日	
		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計 日		
		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
	⑯ 上記の期間中報酬の全部又は一部を 1. 支給した 〔その支給内容等を右の欄に記入のこと〕 2. 支給しない		期 間	金 額	備 考
		基本給	月 日 ～ 月 日	円	
			月 日 ～ 月 日	円	
		家族手当	月 日 ～ 月 日	円	
			月 日 ～ 月 日	円	
		通勤手当	月 日 ～ 月 日	円	
			月 日 ～ 月 日	円	
		手当	月 日 ～ 月 日	円	
			月 日 ～ 月 日	円	
手当		月 日 ～ 月 日	円		
	月 日 ～ 月 日	円			
計		円			
⑰ 支払の方法	日給(一日当り 円) ・ 日給月給 ・ 月給 ・ その他()				
	前月 日 ～ 当月 日 支払 当月 翌月 日				
上記のとおり出勤簿および賃金台帳の原本と相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 事業所名 代表者名 電話番号 - -					
医師又は歯科医師の意見	傷病名				
	発病又は負傷の原因	発病又は負傷の年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	医療給付開始年月日	昭和 平成 令和	透析療法開始	昭和・平成・令和	年 月 日
			人工臓器造設	昭和・平成・令和	年 月 日
			心臓ペースメーカー・人工弁装着	昭和・平成・令和	年 月 日
	労務不能と認められた期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	左記の期間中の 診療実日数	日間
	主症状の経過および概要				
労務不能と認められた期間中入院した場合の期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日			日間	
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 医師氏名 電話番号 - -					