

支給決議書 ※この欄は記入しないでください。	同年月日	年	月	日	常務理事	事務長	課長	担当者		
	支給額	百	十	万	千	百	十	円		
	支給期間	年	月	日	資格	取得	年	月	日	
		年	月	日	日間	喪失	年	月	日	
	標準報酬月額	月	千円	月	千円	一部	期間	年	月	日
	支給内訳	始	年	月	日	理由	1 支給期間満了のため (年 月 日満了)	日間	年	月
	終	年	月	日	2 有給のため	3 支給済みのため	4 労務不能と認められないため	5 給料の一部を受けているため	6	
	法定	円	×	日	=	円	不支給			
	法第108条	円	×	日	=	円				

## 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	② 被保険者 番号	③ 生年月日	④	
	④ 現住所	電話 ( )			
	⑤ 療養のため休んだ期間 (請求期間)	年 月 日 ~ 年 月 日 日間			
	⑥ うえの期間分の報酬	うけた ・ うけられない ・ うけられるがうけていない			
	⑦ 負傷状況 (ケガの場合)	いつ	年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 時 分頃		
		内容	交通事故 (被害者・加害者・自損・通勤途上・仕事中) ・ 第三者行為 ・ その他		
		負傷したとき の状況			
	⑧ 障害年金、 障害厚生年金、 障害手当金の 受給状況	1. 受けていない	2. 受けている	受給開始年月日	年 月 基礎年金番号
		3. 現在請求中	請求年月日	年 月	請求書の提出先
	⑨ 老齢又は退職を事由 とする年金の受給状況 (任意継続被保険者又は資格喪失後 に継続して傷病手当金を受けている 方のみ)	1. 受けていない	2. 受けている	受給開始年月日	年 月 基礎年金番号
		3. 現在請求中	請求年月日	年 月	請求書の提出先
⑩ 労災給付の受給状況	1. 受けていない	2. 受けている (年 月から受給中・	監督署)		
	3. 現在申請中	(申請日 年 月 日	監督署)		
⑪ 受取金融機関	<input type="checkbox"/> マイナポータルに登録の公金受取口座で受け取ります。(下記、銀行口座等の記入は必要ありません)				
	銀行名	支店名	口座番号	口座名義人	
	銀行 信金	本店	普通 ・ 当座	(フリガナ)	
	信組 農協	支店			
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)					

年 月 日 提出

支払済印

受付印

- 【注意事項】
- 初回請求分には貸金台帳と出勤簿の写を添付してください。
  - 必要に応じて「添付書類」をお願いする場合があります。
  - 公金受取口座での受け取りにチェックいただいた場合、個人番号等を基に情報照会させていただくことに同意されたものとみなします。

千葉県自動車販売整備健康保険組合

事業主が証明するところ	④ 労務に服さなかった日について (出勤していない日を○で囲む)	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	合計
		月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
		月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日間
療養を担当した医師が意見を書くところ	⑤ うえの労務に服さなかった日について、報酬を支払ったときはその内訳		
	支給期間	種類	支給額
	年 月 日から 年 月 日まで 日分	基本給	円
	年 月 日から 年 月 日まで 日分	役付手当	円
	年 月 日から 年 月 日まで 日分	家族手当	円
	年 月 日から 年 月 日まで 日分	通勤手当	円
	年 月 日から 年 月 日まで 日分		円
	年 月 日から 年 月 日まで 日分		円
	年 月 日から 年 月 日まで 日分	合計	円
	⑥ 被保険者の業務の内容	⑦ 被保険者の給与の形態	・月給 ・日給月給
上記のとおり相違ないことを証明します。			日 支払
年 月 日			
⑧ 事業所所在地			
事業所名称			
事業主氏名			
電話 ( )			
療養を担当した医師が意見を書くところ	① 傷病名	1) 年 月 日	② 療養の給付
		2) 開始年月日	1) 年 月 日
		3) (初診日)	2) 年 月 日
	③ 発病または負傷の年月日	年 月 日	3) 年 月 日
	④ 労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	⑤ 発病または負傷の原因
	⑥ うち入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	⑦ 手術年月日
		年 月 日から 年 月 日まで 日間	⑧ 退院年月日
	⑨ 診療実日数	診療日を○で囲んでください。	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
			月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	⑩ 上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導内容」等を詳しくご記入ください。		
⑪ 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			
⑫ 医療機関の所在地			
医療機関の名称			
医師の氏名			
電話 ( )			

※ 病院名や所在地については、ゴム印にて押印ください。