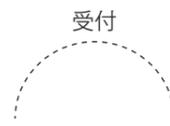


傷病手当金支給決定何		部長	課長	審査(係)	
支給決定額	¥				
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	資格	取得 喪失	年 月 日 年 月 日	
前回までの支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	標準報酬	(旧) 年 月 月 (現) 年 月 額	円 日 円 額	円 円
入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	(旧) 日額 × 日間・¥ (現) 日額 × 日間・¥			
決定年月日	年 月 日	108条の控除額			
支払年月日	年 月 日	¥ (合計) ¥			
障害年金等	該当・不該当	資格喪失受給	該当・不該当	満了日	年 月 日
支給開始	年 月 日				



## 健康保険傷病手当金請求書 (第 回)

長野県農業協同組合健康保険組合理事長殿 年 月 日 請求

1 この請求書は各月毎に(但し初回については経過が判る様記入の上)提出してください。  
2 記入については、ペンを使用し、訂正する場合は必ず訂正印を押してください。  
3 被保険者の資格を喪失した後の期間については、事業主の証明を要しません。  
4 請求の場合はその期間に関わる出勤簿及び賞金台帳の写しを添付してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の証の	記号一番号	被保険者氏名
	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください		
	事業所の名称	生年月日	昭・平 年 月 日生
		現住所連絡先	tel - -
	傷病名	診療開始年月日 年 月 日	
	傷病の原因	業務に関連がある ない 通勤災害で ある ない 第三者行為で ある ない	
	担当業務(できるだけ詳細に)		
	障害年金・老齢年金を受けていますか(受けている場合)	1. はい 2. 請求中 3. いいえ	年金額 円
	傷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	休んだ期間の報酬 受けた・受けない・受けられない
	報酬の支払いを受けた期間と金額	年 月 日から 年 月 日まで 日間	円
労災保険から休業補償給付を受けていますか(又は、過去に受けたことがありますか。)	1. はい 2. 労災請求中 3. いいえ		
「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。		労働基準監督署	
受領委任	上記金額の受領を事業主 名称 氏名 殿に委任します。 被保険者の氏名		

長野県農業協同組合健康保険組合

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
	出勤簿により次の表示をしてください。	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16.
		月 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.
	病欠の日.....○ 有給休暇日.....◎ 公休日.....× (会社が休みの日) 出勤した日.....△	月 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.
		月 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31
	上記期間中の有給休暇は	月 日から 月 日まで 日間
	給与形態	月給・日給月給・日給・その他( ) 締切日および支払日 日~ 日 □当月 □翌月 日払
	療養をするため休んだ期間給与を支給しない理由(就業規則・給与規程で定めてあるときはその該当条文を記載)	
労務に服さなかった期間についての報酬の有無(○で囲む)	(基本給) 支給しない・一部支給した・支給した・これから支給する( 月 日支払) 俸給・給料 手当 支給しない・一部支給した・支給した・これから支給する( 月 日支払)	
給与支払明細(休んだ期間を含む)を、締切りごとに記載してください。支給がない場合は0円と記入してください。	月分・締切給与等 月 日~ 月 日 月分 月 日~ 月 日 月分 月 日~ 月 日	
	俸給・給料 日分 円 日分 円 日分 円	
	時間外手当 時間 時間 時間	
	精(皆)動手当 日分 日分 日分	
	通勤手当 日分 日分 日分	
	家族手当 日分 日分 日分	
	役付手当 日分 日分 日分	
	手当 日分 日分 日分	
	計 日分 日分 日分	
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業所の所在地 名称 事業主の氏名 電話( ) 局 番		

【事業主の記入上の注意】  
1 被保険者の資格喪失後の期間については証明はいりません。  
2 原則として報酬の支払いが完了した期間を請求されるよう指導してください。  
3 1ヶ月単位で支払う手当で病休期間に及ぶものをよく確認してください。  
4 事業主欄の訂正箇所には事業主の印を押印してください。  
5 事業主の印を押印してください。

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	傷病名	① 療養の給付 ① 年 月 日 ② 開始年月日 ② 年 月 日
	発病又は負傷の原因	発病又は負傷の年月日
	労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間 左の期間中の診療実日数 日間
	傷病の主症状及び経過概要(労務不能期間については、被保険者又は被保険者であった者が従事していた本来の業務と同等の業務に、たえうるか否かを標準にして認めてください。)	
	(労務不能と認められた理由)	
	(1) 人工透析を開始した日 (2) 人工骨頭又は人工関節をそう入置換した日 (3) 人工肛門を造設した日 (4) 人工膀胱又は尿路変更術を施工した日 (5) 心臓ペースメーカー、人工弁を装着した日	年 月 日
	上記期間中の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間 入院中
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 医療機関名及び所在地 医師氏名 ④ 電話( )	

【医師の記入上の注意】  
1 訂正箇所には医師証明の印を押印してください。  
2 労務不能と認められた傷病の症状、経過をわかりやすく記入してください。  
3 合併症の場合はすべての疾病について記載してください。