

傷病手当金支給決定同		業務部長	業務課長	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	(何) 年 月 月	刊 日	円
入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	報酬	(何) 年 月 額	刊 額	円
決定年月日	年 月 日	(何) %日額 × 日間・¥			
支払年月日	年 月 日	(何) %日額 × 日間・¥			
障害年金等	該 当 ・ 不 該 当	108条の控除額 ¥ (合計) ¥			
支給開始	年 月 日	資格喪失 受 給	該 当 ・ 不 該 当	満了日	年 月 日

本所受付 1

本所受付 2

## 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

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者 証 の	記 号 - 番 号	被保険者 氏 名	⑩
	事 業 所 の 名 称		生年月日	昭・平 年 月 日生
	傷 病 名		現 住 所 連 絡 先	tel - -
	傷病の原因	特に外傷の場合はできるだけ詳細に記入してください (いつ) 年 月 日 ( ) 時頃 (どこで) (何をして)	診療開始年月日	年 月 日
	担当業務 (できるだけ詳細に)		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	
	障害年金・老齢年金の受給	有・無・請求中	年 月 日から受給	
	年金証書の基礎年金番号・年金コード (証書・改訂額通知書のコピー添付)		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
	入院した期間がある時は 入 院 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	病院の 名 称	
健康保険で入院しましたか	1 健保 2 公費 3 自費 4 その他 ( )			
受 領 委 任	上記金額の受領を事業主 名 称 氏 名 被保険者の氏名	殿に委任します。	⑩	

長野県農業協同組合健康保険組合

1 この請求書は毎月毎に(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賃金台帳の写しを添付してください。  
5 被保険者が自ら署名する場合は被保険者の押印は不要です。但し受領委任欄への押印は必要です。

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			
		病欠の日.....○ 有給休暇日.....◎ 公休日.....× (会社が休みの日) 出勤した日.....△	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	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 ~ 日 日 <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月	
	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) 俸 給 ・ 給 料	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)		
		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 給料等	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日
	俸 給 ・ 給 料	日分	円	日分	円
	時 間 外 手 当	時間		時間	
	精(皆)動手当	日分		日分	
	通 勤 手 当	日分		日分	
	家 族 手 当	日分		日分	
	役 付 手 当	日分		日分	
	手 当	日分		日分	
計	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 事業主の氏 名 ⑩ 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 一カ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 給付者に対し報酬を支払う場合はその理由をお知らせしてください。  
5 印は代表者印を押してください。又、事業主の訂正箇所には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
	傷病の主症 状及び経過 概 要 [労務不能 と認めた 理 由]	(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。)		
	(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	年 月 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			
	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 ⑩ 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 労務不能と認めた傷病の症状、経過をわかりやすく記入  
3 併発症の場合はすべての疾病について記載してください。