

決 裁		年 月 日		支 給 期 間		自 至 年 月 日 日 日間		常務理事		事務長		担当者	
支 給 支 出 伺	支 給 金 額		円		支 給 基 礎								
	資格取得日		年 月 日										
	資格喪失日		年 月 日										
標準報酬月額		千円											

傷 病 手 当 金 請 求 書

第 回

被保険者証 記号・番号	〇〇-〇〇〇〇〇	事業所の名称	株式会社 〇〇〇	所 属	〇〇部	
資格取得年月日	平成〇〇年〇月〇日	標準報酬月額	〇〇〇千円	業務の 種 別	技術設計等	
傷 病 名	〇〇×△症	発病又は負傷 の年月日	平成〇〇年〇月〇日	発病又は 負傷の原因	ストレス等	
療養のため 休業した期間	自 至 年 月 日 日 日間	休業中報酬を うけたとき	自 至 年 月 日 日 日間	円		
備 考	※個人番号： ← 従来どおり、記号番号で申請される方については個人番号の記入は不要です。					
上記のとおり請求します 平成〇〇年△△月〇〇日 被保険者住所 大阪市淀川区田川1-2-34 氏 名 ダイヘン太郎 ダイヘン健康保険組合理事長 殿 事業主証明欄になります。						
事業主証明	労務に服し なかつた期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間	住 所 ・ 氏 名	(印)		
	有給休暇日	年 月 日 ~ 年 月 日 日間				
	報酬を支給した 期間及び金額	年 月 日 ~ 年 月 日 日間 円				
保険医の 意見	こちらは、医療機関の方で 証明して頂く箇所になります。 医療機関へ意見書の依頼を して下さい。		発病又は 負傷の原因	年 月 日	診 療 実日数	日間
	労務不能と 認められた期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間				
	(株)ダイヘン、ダイヘンビジネス サービス(株)、ダイヘンテック(株)、 ダイヘン産業機器(株)の方は記入 が必要です。		住 所 ・ 保 険 医	(印)		
本請求金額の支償を 委任します 平成〇〇年△△月〇〇日		署名欄は、 すべて自筆が原則です。 データ入力される場合は 押印して下さい。		受領印は、必ず押印が 必要。		
被保険者氏名 ダイヘン太郎		受領者住所 大阪市淀川区田川1-2-34		氏 名 ダイヘン太郎 (印)		

※従来どおり記号・番号でご申請いただく方については、個人番号は記入不要です。