

決 裁		年 月 日						
支 給 支 出 伺	支 給 金 額	円	支 給 期 間	自 年 月 日 日 間	常 務 理 事	事 務 長	担 当 者	
	資 格 取 得 日	年 月 日	支 給 基 礎					
	資 格 喪 失 日	年 月 日						
	標 準 報 酬 月 額	円						

傷 病 手 当 附 加 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 年 月 日 至 年 月 日	休業中報酬を 事業主が記入します。		自 年 月 日 年 月 日	日間 円

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 **ダイヘン太朗**

ダイヘン健康保険組合理事長 殿

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。

労務に服したか、その期間及びその期間中において報酬の全部又は一部を支給し又は支給すべきものであるとき
保険医 (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。
事業主の証明は別途請求せる傷病手当請求書に添付します
当金請求書に添付します

本請求金額の受領を
委任します

平成〇〇年△△月〇〇日

被保険者氏名 **ダイヘン太朗**

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、押印が必
ず

年 月 日

受領者住所 **大阪市淀川区田川1-2-34**

氏 名 **ダイヘン太朗** (印)