

決 裁		年 月 日			常務理事		事務長		担当者		
支 給 支 出 伺	支給金額	円			支給期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日間			
	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	千円									

## 傷病手当金請求書

第 回

被保険者証 記号・番号	—	事業所の名称	株式会社 ダイヘン	所 属	
資格取得年月日	年 月 日	標準報酬月額	千円	業務の 種 別	
傷 病 名		発病又は負傷 の年月日	年 月 日	発病又は 負傷の原因	
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 うけたとき	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	円

上記のとおり請求します

年 月 日

被保険者住所

氏 名

ダイヘン健康保険組合理事長 殿

事業主証明	労務に服し なかった期間	年 月 日～ 年 月 日	日間	事住所 業・氏 主名	大阪市淀川区田川2丁目1番11号 株式会社 ダイヘン 取締役社長 柳生 勝 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	円		

保険医の 意見	傷 病 名	発病又は 負傷の原因				
	発病又は負傷 の年月日	年 月 日	療養給付を 開始した年月	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		
	傷病の主症状 及び経過概要	住所・氏名 保険医の		印		

本請求金額の受領を 委任します	に	金	円受領しました
年 月 日		年 月 日	
被保険者氏名		受領者住所	
印		氏 名	印