

決 裁		年 月 日								
支 給 支 出 伺	支 給 金 額	円	支 給 期 間	自 至	年 年	月 月	日 日	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	—	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 日 間	休 業 中 報 酬 を う け た と き	自 年 月 日 至 年 月 日 日 間	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

労務に服しなかった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はその額並びにこれに対する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
保険医の意見は別途請求せる傷病手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	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	
㊟		氏 名	㊟