

提出ルート: 被保険者→事業主→健保
 (任意継続被保険者・資格喪失者は直接健保へ)

支出伺

令和 年 月 日

支給決議書	支給月日 令和 年 月 日			
	常務理事	事務長	担当	担当

支給額	法定給付								円
	付加給付								円
	支給計								円
支給期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間								
報酬月額	円	報酬日額	円	2/3日額	円				
法定給付	円 × (2/3) × 日								
	円 × (2/3) × 日								
付加給付	円 × (2/15) × 日								
	円 × (2/15) × 日								

傷病手当金(法定・付加)請求書 (第 回)

支払開始日 令和 年 月 日

被保険者(請求者)の記入するところ	被保険者証の記号番号		被保険者の氏名・所属	部	課/主査	
	被保険者の同意欄	私は貴組合が傷病手当金の支給決定にあたり、必要な場合に関係諸機関に照会することに同意します。照会行為に対して貴組合へ一切の異議または請求等の申し立てをしません。関係諸機関が上記照会について回答することにも同意します。				署名(自筆)
	請求者の現住所	〒 - 電話番号 - -				
	事業所の名称					
	資格取得年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者の業務の種別			
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	発病または負傷の原因			
	傷病名					傷病名コード
	労務に服することができなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間				
	上記の期間中において報酬の全額または一部を受ける期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間(有給休暇)				
	障害厚生年金または障害手当金受給の有無	有・請求中・無	年金番号	傷病名	年額	
	老齢年金受給の有無	有・請求中・無	年金番号	年額		
	介護保険法によるサービスを受けた時	被保険者番号	保険者番号	保険者名称		
	備考欄					

(請求者は表・裏面とも太枠内について記入してください)

療養担当医の意見を書くところ	傷病名		発病又は負傷の原因	
	発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	療養の給付を開始した年月日	令和 年 月 日
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	診療実日数 日間
	傷病の主症状及び経過の概要		転 帰 ----- 治 死 繰 転 中 癒 亡 越 医 止	
	入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	
	上記のとおり相違ないことを証明する (医療機関住所・名称はゴム印を使用してください) 令和 年 月 日 医療機関 住 所 名 称 医 師 署名(自筆) 電 話			

事業主の証明	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	左の期間中支払う報酬	あり・なし
	上の報酬関係で支払う	支給報酬を する場合	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	(日額)	日間 円 円
		支手当 場給当 合すの るみ	育児支援[家族]手当 (円) 通勤手当 (円) 別居手当 (円) 出向手当 (円) その他手当(名称: 金額: 円)		
	上記のとおり相違ないことを証明する (ゴム印使用) 事業主 住 所 名 称				

受取代理	請求者	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します 令和 年 月 日 被保険者(請求者)署名(自筆)			
	受取代理人	代理人の住所	(ゴム印使用)		
		代理人の氏名			

※以下、資格喪失者等、(株)SUBARU期間従業員等、代理受取の対象とならない方は記入してください

振込口座	金融機関		銀行名	銀行・信金 信組		店・本店
			銀行番号	店番号	支店・出張所	
	預金種別	1:普通 2:当座	口座番号	(フリガナ) 口座名義		

(任意継続被保険者の方は資格取得時に指定した口座に振り込まれますので、受取代理・振込口座の記入は不要です)