

支給決定 金額	標準報酬 月額		千円		常務理事	事務長	担当者	
	支給期間		年 月 日から 年 月 日まで	出勤 有給休暇 日数	支給 回数	前回までの 支給期間 回目	自 年 月 日 至 年 月 日	
	支給 基礎 減 額	法第 99 条 法第 条 法第 108 条 減 額	日額 円 × $\frac{2}{3}$ × 日 = 円		資格 関係	年 月 日取得 年 月 日喪失	受付印	

傷病手当金請求書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号	番号	被保険者氏名		事業所名		被保険者の業務内容			
	被保険者の現住所			〒 TEL - -						
	発病または 負傷年月日	年 月 日	傷病名	受診した 医療機関の名称						
	病気又はケガの 為休んだ期間 (申請期間)	年 月 日から 年 月 日まで 内 日間は(出勤・有給・その他) のため除く	入院 期間	年 月 日から 年 月 日まで ()日間	振込 指定 口座	銀行		支店		
	障害厚生年金・障害手当金 受給の有無	有 無		※有の場合 傷病名 基礎年金番号						
	労災保険の休業補填給付 受給の有無	有 無		※有の場合 請求先の労働基準監督署						
	負傷の原因等について(傷病名が負傷によるとき)									
	負傷年月日	年 月 日() 時 分	負傷発生場所							
	負傷したときは	ア 私用中 イ 工作中 ウ 通勤途中 エ その他()								
	事故発生状況									
委任状	下記代理人に傷病手当金受領に関する権限を委任します。 被保険者の氏名 代理人の住所 氏名 被保険者との関係()									

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかった期間		左の期間に対する報酬支給の有無		
	年 月 日から 年 月 日まで	日間	内(具体的な日付を記入) 日間は出勤・有給・その他のため除く		
				□ 支給あり □ 支給なし	
				給 与 の 種 類	
	上記期間に報酬の支給がある場合はその期間及び金額			□ 月給 □ 日給 □ 日給月給 □ 時間給 □ その他()	
	基本給	円 月 日 ~ 月 日 日分		賃 金 計 算	
	通勤手当	円 月 日 ~ 月 日 日分			
	手当	円 月 日 ~ 月 日 日分		締 日	日
	手当	円 月 日 ~ 月 日 日分		支払日	□ 当月 □ 翌月
	現物給付	円 月 日 ~ 月 日 日分			日
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名					
労 務 不 能 に 関 す る 医 師 の 意 見 書	傷病名				労務不能と認められた期間中における主たる症状および経過 (治療内容・検査結果・療養指導等)を詳しく
	発病または 負傷の原因				
	発病または 負傷の年月日	年 月 日			
	診療開始日	年 月 日			症状の経過からみて労務不能と認められた医学的な所見
	労務不能と 認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
	労務不能期間 中の入院日数	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
	診療実日数	日	診療日 を○で 囲んで 下さい	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
				年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
				年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	上記のとおり相違ありません。 医療機関の所在地 医療機関名 担当医師の氏名				