

書式は A 4 判で印刷後、
各自コピー機で A 3 に拡大して
ご利用ください。

受付年月日	令和 年 月 日	支給支払決議書			
同年月日	令和 年 月 日	常務理事印	事務長印	担当者印	資格確認印
決裁年月日	令和 年 月 日				
支給額	円				
支給開始	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
支給期間	令和 年 月 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日	障害年金額・日額障害手当金額	円(日額) 円		
前回	始 令和 年 月 日 終 令和 年 月 日	全部・一部不支給	期間	年 月 日から 年間 月 日まで 円	
標準報酬月額	円	標準報酬日額	円	傷病手当金日額	円

傷病手当金請求書(第 回目)

被保険者(本人)が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号	② 事業所の名称	
	③ 被保険者の氏名	④ 被保険者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	⑤ 傷病名	⑥ 発病又は負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	⑦ 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか	<input type="checkbox"/> 病気 「(発病時の状況)」 <input type="checkbox"/> ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください	
	⑧ 第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	⑨ あなたの仕事の内容(具体的に)(退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)		
	⑩ 療養のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	⑪ 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか、又は今後受けられますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 報酬額 円
	⑫ 当健保加入前に他健保で傷病手当金を受給したことがありますか	<input type="checkbox"/> ある 健保名「」傷病名「」 <input type="checkbox"/> ない	
	⑬ 障害厚生年金、障害手当金を受けているとき、又は受けることができることになったとき	(ア)年金の種類 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金	(イ)年金額 円 (ウ)年金の支給事由となった傷病名 (エ)障害年金を受けている場合 は基礎年金番号・年金コード
	⑭ 今回の申請は労災保険から休業補償を受けている期間のものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 労災請求中 <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元() (請求先)の労働基準監督署をご記入下さい。 労働基準監督署
	⑮ 介護保険のサービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号 保険者名称
	⑯ 振込希望機関	銀行 支店	<input type="checkbox"/> 座番号(普通・当座) <input type="checkbox"/> 座名義(カタカナ)
	⑰ 公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します (利用する場合は☑、利用しない場合は⑯振込希望機関の欄を記入)	
	上記のとおり請求します。		⑱ 〒 住所 令和 年 月 日 住所 エクセディ健康保険組合 理事長 殿 被保険者の氏名
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認のための添付書類が必要です)		備考欄	

事業主が証明するところ	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	左の期間中に出勤した日は○を、有給休暇をとった日は△を、公休は公を、欠勤は◇で表示してください。				
	上記期間中支払う報酬関係	支給した賃金内訳	支給期間	単価	/ ~ / / ~ / / ~ /		
			基本給・基準給				
			役職・技能・資格手当				
			家族(扶養)手当				
			通勤手当				
			残業手当				
			食事・石油手当				
			休業手当				
			手当				
合計							
給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他()						
賃金計算	締日	日	支払日	<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 日			
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 電話 () - 事業所名称 事業主氏名							
出勤	1	2	3	4	5	6	7
月	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31				
出勤	日	有給	日				
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				
出勤	日	有給	日				
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				
出勤	日	有給	日				

療養を担当した医師が意見を記入するところ	傷病名	発病又は負傷の原因	
	発病又は負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	療養の給付を開始した年月日(初診日) <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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	労務不能と認められた期間中に入院をした期間がある場合はその期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	診療実日数	日	診療日を○で囲んで下さい。 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 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 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
	上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)		
	症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見		
	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> その他()	
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日		
	医療機関の所在地 電話 () -		
	医療機関の名称 医師の氏名		

委任状	私は 令和 年 月 日 請求した傷病手当金のうち金 円也の受領に関すること。
	令和 年 月 日 被保険者の 住所 氏名 代理人の 住所 氏名
	振込希望機関 銀行 支店 口座番号(普通・当座) 口座名義(カタカナ)