書式はＡ4判で印刷後、各自コピー機でＡ3に拡大して、ご利用ください。

支給支払決議書

支給額	円
支給開始	□平成□令和　年　月　日
支給	令和　年　月　日間
前	日
	日
標準	円

記号・番号は①マイナーポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認のうえ記入してください。

添付書類（被保険者用）

- 負傷（けが）の場合：負傷原因届（初回のみ）
- ※厚生年金保険の障害厚生年金・障害手当金・老齢厚生年金等を受給している方
- 年金証書のコピー（初回及び変更の都度）
- 年金額改定通知書のコピー（初回及び変更の都度）
- 年金振込通知書のコピー（初回及び変更の都度）
- ☆障害厚生年金、障害手当金を受給している方
  傷病手当金と同一の疾病の場合、調整があります。
- ☆老齢厚生年金等を受給している方
  退職後、傷病手当金を受給する場合、老齢厚生年金等の調整があります。

添付書類（事業主用）

- 出勤簿のコピー（※初回のみ）
- 賃金台帳のコピー（※初回のみ）
- ※初回申請の際に必要です。2回目以降でも報酬の支払いが一部あるとき、また申請期間が継続していない場合は必要です。

傷病手当金請

被保険者（本人）が記入するところ

① 被保険者等の記号・番号	1-11111
③ 被保険者の氏名	健康太郎
⑤ 傷病名	尿管結石
⑥ 発病又は負傷年月日	□昭和 □平成 ☑令和 ○○年2月1日
⑦ 該当の傷病は病気（疾病）ですか、ケガ（負傷）ですか	☑病気「（発病時の状況）突然脇腹に激痛がはしり、病院に行った所上記のように診断され入院となった」 □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	☑いいえ　□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）	部品組立（立ち仕事）
⑩ 療養のため休んだ期間（申請期間）	
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	☑はい　□いいえ　「はい」と答えた場合、そ　令和○○年　令和○○年
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	□ある　健保名「　」傷病名「　」　☑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とき	(ア) 年金の種類：☑障害厚生年金　□障害手当金 (イ) 年金額：50,000円 (ウ)年金の支給事由となった傷病名：重症筋無力症 (エ)年金を受けることとなった年月日：□昭和 ☑平成 □令和 ○○年6月1日 (オ)障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード：123456
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	□はい　□労災請求中　☑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	大阪 銀行　大阪 支店　□座番号（☑普通・□当座）1234567　□座名義（カタカナ）ケンコウタロウ

被保険者（本人）の振込希望機関を記入してください。

ご注意！！
傷病の原因が、交通事故やけんか等、第三者（加害者）の行為によるけがの場合は、記入前に健康保険組合に連絡ください。

…等で事前登録した公金受取口座を利用します
…は☑、利用しない場合は⑯振込希望機関の欄を記入）

令和○○年6月1日

⑱ 〒 111-1112
住所 大阪市大阪区大阪町1丁目2番3号
被保険者の氏名 健康　太郎

エクセディ健康保険組合　理事長　殿

事業主記入欄です。

事業主が証明するところ

上記期間中支払う報酬関係

令和○○年5月15日から令和○○年5月31日まで17日間

支給した賃金内訳	単価	5／1～5／31	／ ～ ／	／ ～ ／
基本給・基準給	300,000	130,435		
役職・技能・資格手当	20,000	20,000		
家族（扶養）手当	5,000	5,000		
通勤手当	5,000	5,000		
残業手当				
食事・石油手当	10,000	10,000		
休業手当				
手当				
合計	340,000	170,435		

賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。
基本給：欠勤控除あり 300,000円÷23日×13日＝169,565円
役職・家族・通勤・食事欠勤控除なし

給与の種類：□月給 □日給 ☑日給月給 □時間給 □歩合給 □その他（　）

賃金計算：締日 末 日　支払日 □当月 ☑翌月 15 日

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和○○年6月15日

事業所所在地 大阪市大阪区大阪町1丁目23番45号　電話 (01)4567－8901
事業所名称 株式会社○△□
事業主氏名 社長名

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。

5月							
	1	2	3	4	5	公	公
	8	9	10	11	12	公	公
	15	16	17	18	19	公	公
	22	23	24	25	26	公	公
	29	30	31				

出勤 0 日　有給 10 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

医療機関記入欄です。

療養を担当した医師が意見を記入するところ

病名	尿管結石	発病又は負傷の原因	不詳
発病又は負傷の年月日	令和○○年2月1日	療養の給付を開始した年月日（初診日）	令和○○年2月1日
労務不能と認めた期間	令和○○年5月15日から令和○○年5月31日まで　17日間	労務不能と認め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5月15日から令和○○年5月31日まで
診療実日数	20 日	診療日を○で囲んで下さい。	5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）

手術年月日 令和○○年5月16日
退院年月日 令和○○年5月31日

右脇腹痛の為来院、Ｘ線検査により右尿管に結石をみとめ入院。加療を行う。5/31退院以降通院による経過観察中。

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：☑健保　□自費　□公費（　）　□その他（　）

人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	人工臓器等の種類	
	□平成□令和　年　月　日		□人工肛門　□人工関節 □人工骨頭　□心臓ペースメーカー □人工透析　□その他「　」

上記のとおり相違ありません。　令和○○年6月5日

医療機関の所在地 大阪市大阪区大阪町7丁目8番9号
電話 (01) 2345－6789
医療機関の名称 大阪病院
医師の氏名 大阪　太郎