

※支給決議書	資格 取得日	年 月 日	標準報酬 月額1	千円	伺 い	年 月 日	常務理事	事務長	係
			標準報酬 月額2	千円	決 済	年 月 日			
			標準報酬 改定月	年 月	年金等 控除額	円 (日額)	☐ 障害年金(手当) ☐ 老齢(退職)年金		
	支給 回数	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	期間中の 報酬等 控除額	円 (日額)	支給額	円			
	今回	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	備考(控除理由など)					

※上、支給決議書は健保記入欄につき、記入しないでください。

健康保険 傷病手当金 請求書 (第 回) 1ページ目(全3ページ)

エム・オー・エー健康保険組合理事長殿 次の通り申請します。(申請日) 令和 年 月 日

申請者	フリガナ	ケンポ タロウ		年齢	39	被保険者等記号・番号													
	氏名	健保 太郎				5	0	1	—	1	0	0							
	生年月日	☒ 昭 ☐ 平	60年 5月 30日	申請者 住所	〒413 - 0011		退職後も在職中の 記号番号で申請します。												
	日中の 連絡先	0557 (84) 2431			静岡県熱海市 田原本町9-1														
申請内容	休職前の 労務内容	事務			発病・負傷の 年月日	☐ 平 ☒ 令	元年 5月 1日												
	傷病名 (申請理由)	右手首骨折			発病または負傷時の状況(原因等)														
	療養のため労務に服することが出来なかった期間(申請期間)				自宅で階段を降りる際にすべって手をついた														
	令和 元年 5月 1日～ 元年 6月 10日 41間				※第三者行為による場合は別途届が必要です。														
	※上記期間の分として報酬を受けましたか、受けた場合はその報酬の計算期間と金額																		
	☒ はい ☐ いいえ	令和 元年 4月 21日～ 元年 5月 20日	受けた 報酬額			2	0	0	0	0	0	円							
年金等の 確認	公的年金を受 けている、また は受けることが できる時	年金等の種別	基礎年金番号	年金受給		☐ 平 ☐ 令	年 月												
	☐ 障害年 ☐ 障害手 ☐ 老齢年金	(年額)		(傷病名)															
	介護保険サー ビスを受けたとき	保険者名称	保険者番号	被保険者番号	サービス開始年月日														
					☐ 平 ☐ 令 年 月 日														
	※今回の申請期間と労災保険で休業補償給付を受ける期間とに 重複がある場合は請求先(支給元)の労働基準監督署を記入				労働基準 監督署														
振込先 指定	金融機関名	〇〇 銀行・信金 〇〇 本店		※申請者以外の口座を指定する場合は 下欄で受取代理人へ委任が必要です。															
	口座	☒ 普通 ☐ 当座	番号(左詰め)		名義(カタカナで記入)														
		1	1	1	0	0	ケ	ン	ホ	。	タ	ロ	ウ						
受取代理人	委任者 (申請者)	本申請に基づく給付金の受領を下記の代理人に委任します 令和 年 月 日																	
		氏名																	
	被委任者 (代理人)	〒 - 電話 ()																	
		住所																	
		氏名																	

／受付印日付＼