

受付年月日	年 月 日	決 裁			
伺年月日	年 月 日				台帳照合印
決裁年月日	年 月 日				
※支給支払決議書	支給額		円		
	支給内訳	傷病手当金	円		
		傷病手当付加金	円		
	支給開始		年 月 日		
	支給期間		自 年 月 日	至 年 月 日	
前回	始	年 月 日			
	終	年 月 日			
資格取得		年 月 日			
資格喪失		年 月 日			
標準報酬月額		千円(第 級)			
障害年金額・日額障害手当金額		円(日額 円)			
年齢(退職)年金額		円(日額 円)			
全部・一部不支給	期間	年 月 日から 年 月 日まで			
	理由				
備考					

傷病手当金・傷病手当付加金請求書(第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の記号・番号			②被保険者の業務の種別			
	③事業所の名称及び所在地	名称			所在地		
	④資格を取得した年月日	年 月 日		⑤標準報酬月額	000円		
	⑥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	
	⑦発病又は負傷の年月日	年 月 日		⑧傷病名			
	⑨ 発病又は負傷の原因						⑩第三者行為によるものですか
	いいえ・はい						
	⑪労務に服することができなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間			
	⑫上記期間の報酬の全部又は一部を受けたとき、又は受けることができるときは、その報酬額及び期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間			
	⑬障害年金、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	⑭年金の種類	障害年金・障害手当金	⑮年金額	⑯年金の支給事由となった傷病名		
		⑭年金を受けることとなった年月日	年 月 日	⑰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資格喪失者任意継続被保険者の方	⑱ 年齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか					はい・請求中・いいえ
		⑲ 年齢(退職)年金の名称	⑳ 基礎年金番号及び年金コード又は記号番号若しくは番号	㉑ 受給年月日	㉒ 年金額		
				年 月 日	円		
				年 月 日	円		
			年 月 日	円			
⑮振込希望の金融機関名	銀行・金庫・信組			店・本店 支店・出張所			
	普通当座	口座番号	フリガナ 口座名義				
⑯ 上記のとおり申請します。 被保険者の 住所 〒							
氏名							
アルファ健康保険組合理事長 殿							

事業主が証明するところ	⑰労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間
	⑱上記の期間中として支払う報酬関係	⑰全額支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (日額 円) ( 月 日支払 )
		⑰一部支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (日額 円) ( 月 日支払 )
	⑰現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨			
⑲上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日				
住所 〒				
事業主 氏名				
電話 ( )				

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑳傷病名			㉑発病又は負傷の原因			
	㉒発病又は負傷の年月日	年 月 日		㉓療養の給付を開始した年月日	年 月 日		
	㉔労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間	㉕診療実日数	日間	
	㉖傷病の主症状及び経過概要	人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき		人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	昭和・平成・令和 年 月 日		
		人工臓器等の種類	ア.人工肛門 イ.人工関節 ウ.人工骨頭 エ.心臓ペースメーカー オ.人工透析 カ.その他( )				
	㉗上記の期間中に入院をした期間がある場合はその期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	入院費用の別	健 保 費	公費 その他	
	㉘ 上記のとおり相違ありません。 年 月 日						
医療機関の名称 医療機関の所在地 〒 医師の氏名 ㉙ 電話 ( )							

委 任 状	㉚ 私は、	を代理人と定め、次の権限を委任する。				
	金 円	年 月 日請求した傷病手当金・傷病手当付加金のうち 年 月 日 円也の受領に関すること。				
	被保険者の	住所 〒				氏名
	代理人の	住所 〒				氏名
委任者と代理人との関係						
㉛振込希望の金融機関名	銀行・金庫・信組			店・本店 支店・出張所		
	普通当座	口座番号	フリガナ 口座名義			

領 収 書	㉜ 金 円但し					
	うへの金額を領収いたしました。 アルファ健康保険組合理事長 殿					年 月 日
受領者 住所 〒 氏名					㉝	