

同年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	担当者	台帳照合印		
支給支払決議書	支給額		円							
	支給内訳	法定	円							
		付加	円							
	支給期間		自	年	月	日	資格取得	年	月	日
			至	年	月	日	資格喪失	年	月	日
	支給開始日		年	月	日	標準報酬月額		千円(日額)		円)
支給終了日		年	月	日	備考					

傷病手当金・傷病手当付加金請求書 (第 回目)

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号		被保険者の 氏名						
	事業所の名称								
	事業所の所在地	〒 -		電話 ( )					
	被保険者の資格を取 得した年月日	年	月	日	第三者行為に よるものですか	はい・いいえ			
	発病又は負傷の日 年 月 日	平成	年	月	日	傷病名			
	発病又は負傷の原因								
	労務に服することがで きなかつた期間	平成	年	月	日	から	日間	労務不能期間中に 報酬を受けましたか	受けた・受けない
		平成	年	月	日	まで			
	報酬を受けたときは その期間	平成	年	月	日	から	日間	報 酬 額	円
		平成	年	月	日	まで			
	老齢年金・障害年金・障害 手当金を受けていますか	受けた・受けない・手続き中			年金等の種別	老齢年金・障害年金・障害手当金			
	受給額(年額)	円			受給開始日	平成	年	月	日
	障害年金等の対象病名								
振込希望口座 *資格喪失後の 継続受給者	銀行 信金 信組 農協		本店 出張所 支店 営業所						
	口座名義 (カタカナ)		預金 種別	普通	口座 番号				

上記のとおり請求します。また、下記の事項について異議なく同意します。

1. 原則、この請求書を事業主経由でフランスベッドグループ健康保険組合に届け、当該給付金について事業主経由で受領すること。但し、請求時の資格状況によってはこの限りではないこと。

平成 年 月 日

フランスベッドグループ健康保険組合理事長 殿

請求者の 住所

氏名

㊟

事業主の証明欄	労務に服さなかった期間		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間
	上記期間中の分として支払う報酬係	全額支給した場合	平成 年 月 日 から 金 円 平成 年 月 日 までの分として ( 月 日 支払) 金 円	日額 金 円
		一部支給した場合	平成 年 月 日 から 金 円 平成 年 月 日 までの分として ( 月 日 支払) 金 円	日額 金 円
		支給しない場合は、その旨		
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 <span style="float: right;">印</span></p>				

療養を担当した医師の意見欄	傷病名		発病又は負傷の原因		
	発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日	療養の給付を開始した年月日	平成 年 月 日	
	労務不能と認められた期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間	左記の期間中の診療実日数	日間
	傷病の主症状及び経過概要 (具体的に詳しく)				
	<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>医療機関所在地</p> <p>医療機関名称</p> <p>医師氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p>電話</p>				