

支給決定伺		伺年月日	令和	年	月	日
		決裁年月日	令和	年	月	日
支給決定額	円	常務理事	事務長	課長	係	
支給期間	自平成・令和 年 月 日 至平成・令和 年 月 日 日間					
算出の基礎	日額 円 × $\frac{2}{3}$ × 日 = 円					
備考						

傷病手当金請求書

(第 回)

被保険者証の記号番号	記号 番号		事業所の 名称	
資格取得年月日	昭・平・令	年 月 日		
資格喪失年月日	平成・令和	年 月 日	療養のため休んだ期間中に報酬の支払を受けたか又は受けられるときはその期間と金額	全期間 自平成・令和 年 月 日 日間 至平成・令和 年 月 日 日間 円を受けられる
*標準報酬	月 額	日 額		一部の期間 自平成・令和 年 月 日 日間 至平成・令和 年 月 日 日間 円を受けられる
傷病名				その他 平成・令和 年 月 日より無給
発病又は負傷の年月日	平成・令和	年 月 日		入院したとき
*療養の給付開始年月日	平成・令和	年 月 日	障害年金・障害手当金・老齢年金を受給している又は受給することができる場合	種別 (該当にレ印をしてください) <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 老齢年金
*支給開始年月日	平成・令和	年 月 日		受給開始年月日 平成・令和 年 月 日
療養のため休んだ期間	自平成・令和 年 月 日 至平成・令和 年 月 日 日間			基礎年金番号 年金額 円

上記のとおり申請します。また、私は、日本ユニシス健康保険組合がこの給付決定の調査として、私の受けた保険給付、医療行為等に係る情報に関し、医療保険者、医療機関、事業所、官公庁等に照会することに同意します。

令和 年 月 日

日本ユニシス健康保険組合 御中

被保険者 〒

住所 _____

氏名 _____

電話 _____

振込希望口座

銀行

支店 普通 NO. 当座

確認欄	自署の場合は捺印を省略できます。その際、この届出は被保険者が作成したものであることの証明のため、左の確認欄へチェックを入れてください。
<input type="checkbox"/>	

(ここで知り得た個人情報、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。)

◎請求上の注意

- 一、この様式は、被保険者が傷病の療養のために会社の勤務を休み、休んだ期間の給料等の支払を減額又は受けられない場合に請求するものです。
- 二、*箇所は記入しないでください。
- 三、印鑑は朱肉印で捺印願います。
- 四、全ての該当する項目に記入してください。

被保険者 記号・番号	記号	被保険者氏名
	番号	

事業主の証明

療養のため労務に 服さなかった期間	自 平成・令和	年	月	日	日間	
	至 平成・令和	年	月	日		
上記期間中の 分として支払う	自 平成・令和	年	月	日	日間	全額
	至 平成・令和	年	月	日		
報酬額	自 平成・令和	年	月	日	日間	一部支給額 円
	至 平成・令和	年	月	日		
平成・令和 年 月 日 より無給						

上記の通り相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業主(又は代理人)

住所

氏名

印

療養を担当した医師の意見

傷病名																																
発病又は 負傷の原因																																
発病又は負傷の 年月日	平成・令和	年	月	日	療養の給付 開始年月日	平成・令和	年 月 日																									
労務不能と 認められた期間	自 平成・令和	年	月	日	日間	左の期間中の 診療実日数	日間																									
上記の期間における 診療日及び入院した 日を○で囲んでくだ さい。	【年 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「傷病の主症状 及び経過」「治療内 容、検査結果、療養 指導」等(詳しく)																																
上記期間の投薬 の有無について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(月 日に 日分処方) <input type="checkbox"/> あり(月 日に 日分処方) <input type="checkbox"/> あり(月 日に 日分処方) <input type="checkbox"/> あり(月 日に 日分処方) <input type="checkbox"/> あり(月 日に 日分処方) <input type="checkbox"/> あり(月 日に 日分処方)																															
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																																

上記の通り相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名

印

電話

()