

| | | | | |
|-------|---------|---|---|---|
| 受付年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 伺年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 決裁年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 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 | 平・令 | 年 | 月 | 日 |
| 支給期間 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 令和 | 年 | 月 | 日 |

| | | | | |
|-----|------|-----|----|----|
| 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 係員 | 係員 |
| | | | | |

| | | | |
|--------|----------|---|---|
| 資格取得 | 年 | 月 | 日 |
| 資格喪失 | 年 | 月 | 日 |
| 支払年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 標準報酬月額 | 千円(第 級) | | |

傷病手当金(付加金)請求書 (第 回目)

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--------|----------------|------------|----|-----|------------------------|------|---|---|---|----|------|
| 被保険者証の 記号・番号 | 事業所の名称 | 公益財団法人天理よろづ相談所 | 標準報酬 月額 | 千円 | | | | | | | | |
| 氏名 | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | |
| 発病又は負傷 の年月日 | 平・令 | 年 | 月 | 日 | 傷病名 | | | | | | | |
| 療養のため 休んだ期間 | 自 令和 | 年 | 月 | 日 | 日間 | 一部支給を受けた時 その報酬額及び期間 | 自 令和 | 年 | 月 | 日 | 日間 | (円) |
| 払込希望銀行 | 銀行 | | 支店 普通預金() | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 〒 - 住所 被保険者の 〒 - - 氏名 印 天理よろづ相談所健康保険組合 理事長 殿 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|---|---|---|-------------------------------|------|------|---|-----------|---|----|------|---|---|---|----|
| 保険医記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発病負傷 の年月日 | 平・令 | 年 | 月 | 日 | 診療開始日 | 平・令 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | |
| 労務不能と 認められた期間 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 日間 | 入院期間 | 自 令和 | 年 | 月 | 日 | 日間 | 至 令和 | 年 | 月 | 日 | 日間 |
| 発病負傷 の原因 | 転帰 | | | | いずれかに○を付して下さい。 治療・中止・繰越・転医 | | | | 診療 実日数 | 日 | | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証する。 令和 年 月 日 〒 - 医療機関名・所在地 保険医・氏名 印 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|---|---|---|----|----------------------------|------|---|---|---|----|------|---|---|---|----|------|
| 事業主証明欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養のため 休んだ期間 | 自 令和 | 年 | 月 | 日 | 日間 | 一部支給を受け た時その報酬額 及び期間 | 自 令和 | 年 | 月 | 日 | 日間 | 至 令和 | 年 | 月 | 日 | 日間 | (円) |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 事業所所在地 奈良県天理市三島町200番地 事業所名称 公益財団法人天理よろづ相談所 事業主氏名 理事長 増野正俊 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | |