

受付年月日	年 月 日	決 裁				
同年月日	年 月 日	常務理	事務長	係長	係員	台帳照合印
決裁年月日	年 月 日					
※支給額	円					
支給内訳	円	資格取得	年 月 日			
	円	資格喪失	年 月 日			
支給開始	年 月 日	標準報酬月額	千円(第 級)			
		障害年金・日額障害手当金額	円(日額 円)			
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	老齢(退職)年金額	円(日額 円)			
		全部・一部不支給理由	年 月 日から 年 月 日まで	期間	日間	円
前回	始 年 月 日					
	終 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 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 老人保健法の医療を受けたとき	市町村番号			受給者番号	発行機関名	
	⑦ 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	
	⑧ 発病又は負傷の年月日	年 月 日	⑨ 傷病名				
	⑩ 発病又は負傷の原因						⑪ 第三者行為によるものですか いいえ ・ はい
	⑫ 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				
	⑬ 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	受けた報酬額 円 受けることができる報酬額 円				
	⑭ 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	⑰ 年金の種別	障害年金・障害手当金	⑱ 年金額			
⑮ 年金を受けることとなった年月日		年 月 日	⑯ 障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード				
⑰ 老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					
⑰ 老齢(退職)年金の名称		⑰ 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	⑱ 受給年月日	⑲ 年金額			
任意継続被保険者の方		年 月 日	円				
		年 月 日	円				
		年 月 日	円				
		⑲ 年金の合計額	円				
⑯ 振込希望の金融機関名	金庫 銀行 組合 支店(普通 当座 No.) 口座名義						
⑰ 上記のとおり請求します。	年 月 日						
	住所 被保険者の氏名	⑳					
	富山県自動車販売店健康保険組合理事長 殿						

富山県自動車販売店健康保険組合理事長 殿

事 業 主 が 証 明 する ところ	⑮ 労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	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	の分として金 円 (日額金 円)
	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	の分として金 円 (日額金 円)
	⑰ 現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨		
⑯ 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	㉑	
	電話 局 () 番		

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 傷病の主症状および経過概要			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
				入院の費用の別	健自保公費その他	
㉘ 上記のとおり相違ありません。	年 月 日					
	住所(所在地) 医師 医療機関名 氏 名	㉙				
	電話 局 () 番					

委 任 状	㉚ 私は 年 月 日を代理人と定め、次の権限を委任する。 金 円 日請求した傷病手当金・傷病手当付加金のうち 円也の受領に関すること。 年 月 日	住所 被保険者の(請求者)氏名	㉚
		住所 代理人の氏名	㉚
㉛ 振込希望の金融機関	金庫 銀行 組合 支店(普通 当座 No.)	口座名義	

領 収 書	㉜ 金 円也 但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 富山県自動車販売店健康保険組合理事長 殿 住所 受領者 氏名 ㉜
-------	--