

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 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間				
算出の基礎	日額 円 $\times \frac{2}{3} \times$ 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	令和	年 月 日	療養のため休んだ期間、報酬の支払を受けたか、又は受けられる時はその期間と金額	全期間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間 円を受ける
*標準報酬	月 額	日 額		一部の期間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間 円を受ける
傷病名				その他 令和 年 月 日より無給
発病又は負傷の年月日	令和	年 月 日	療養のため休んだ期間、労災保険から休業補償給付を受けていますか	(該当にレ印) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請予定(月頃) <input type="checkbox"/> いいえ
*療養の給付開始年月日	令和	年 月 日	「障害年金」「障害手当金」又は「老齢年金」を受けていますか	(該当にレ印) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請予定(月頃) <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の場合は「年金証書(写)」を添付。 途中で受給額が変更した場合も「年金額改定通知書(写)」を添付。
*支給開始年月日	令和	年 月 日		
療養のため休んだ期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	上記回答が、「はい」「申請中」「申請予定」の場合、その種別と傷病名	種別 (該当にレ印) <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 老齢年金 傷病名(障害年金、障害手当金の場合)
復職日	(該当にレ印、予定・復職済の場合は日付記入) <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 復職済 令和 年 月 日			

上記のとおり申請します。また、私は、BIPROGY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

BIPROGY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



自著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。

(ここで知り得た個人情報は、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。)

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 令和 年 月 日	日間	
	至 令和 年 月 日		
上記期間中の	自 令和 年 月 日	日間	全 額
	至 令和 年 月 日		
分として支払う	自 令和 年 月 日		一部支給額
	至 令和 年 月 日	日間	円
報 酬 額	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 た 期 間	自 令和 年 月 日	日間	
	至 令和 年 月 日		
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		
	【 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		
	【 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

電 話

()

印

◎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。