支	伺年月日		年	月	日	常	務 理 事	事 務 長	担	1 当
給	支 給 金 額	¥			P					
決							8			
議	法 定 (2/3)				P	資	取 得	年	月	日
書	付 加 (13/100)				P	格	喪失	年	月	日

 健康保険
 傷病手当金

 講求書
 (第 回目)

_									1/4貝
	被保険者の 記号と番号		被保険者の 生年月日・				年	月	印日生
	被保険者の現住所 及 び 連 絡 先	〒 -				TEL	(	)	)
	事業所の名称								
444	被保険者の資格を取得した年月日	年	月	日	業務の種別 (具体的に)				
被保	発病又は負傷の 年 月 日	令和 年	月	月	傷病名				
険者	発病の状態又は 負傷の原因を詳しく						者行為に のですか	はい	・いいえ
の	疾病又は負傷の療養を	令和 年 月	日から		公的年金を受給 していますか	* は	۱۱۰ ۰ ۱۱۱	え・	請求中
記	するため休んだ期間 (労務不能期間)	令和 年 月	日  日まで	間	年金等の種別	障害年	金・障害手	5当金・	老齢年金
入	労務不能期間中に 報酬を受けましたか	受けた	<ul><li>受けない</li></ul>		受給額(年額)				円
欄	報酬を受けたとき	令和 年	月 日から	5	受給開始日		年	月	日
	はその期間	令和 年	月 日まで		章害年金・障害手当金受 給の要因となる傷病名				
	金額		F		が災保険から休業補償 合付を受けている期間 の申請ですか	はい	・いいえ	• 労	災請求中
		病 院 名							
	労務不能期間中に入 院した期間がある場合	病院の所在地							
		入院した期間	令和 年	月	日から 令和	年	月 日ま	で	日間

※ 年金等を受けた場合は、年金証書(写)と年金決定通知書・支給額変更通知書(写)を添付して下さい。

<u> </u>	日本信号健康保険組合 理事長 殿				
同	私は貴組合がこの請求の内容について、	医師、事業主	三等に照会	きすること	に同意いたします。
意		令和	年	月	日
書		氏 名			
		1			_

文刊刊

## 傷病手当金 傷病手当金付加金 請求書

				; 柄 手 当 伍	的加金				2 /	2 頁
	労務に服さな かった期間		令和	年	月	日から			E	間
<b>+</b>			令和	年	月	日まで				
事		全額支給	令和	年	月	日から				間
業	( <del>20 14</del> 0 88 -1-	(出勤・有給)	令和	年	月	日まで			F	1 111
主	上記期間中 の分として	一部支給	令和	年	月	日から			E	日間
	支払う報酬 証明	τι <b>Σ</b> .να	令和	年	月	日まで			-	4 IH1
0)		支給なし	令和	年	月	日から			E	間
証		<b>₩</b>	令和	年	月	日まで				, lHî
明	上記	己のとおり相違	ないこと証明し	ます。			令和	年	月	日
	所 在 地									
欄	事業所名									
	事業主名									

	傷病名						発病また 負傷の原						
	発病又は負 傷の年月日			月 日		療養の給開始した年			令和 年		月		
	労務不能と	令和	年	月	日	から	日間		左の期				
療養を担当した医	認めた期間	令和	年	月	日	まで			診療 実	日 数			日間
	傷病の主症\ 労務不能と認 な所見(具	医学的											
医師の証	上記期間中 がある場合	令和	年	月	日から	令	和年	月	日まで	С.	日間		
明欄	上記の	とおり相	違ないこ	ことを証	明しま	す。				۸	, .	_	
	所在地	<u> </u>								令和	年	月	日
	医療機	関名											
	医師名	, 1											
	電影	£	(	)									

振込希望		車・ 農協	支店
布望	普通・当座	(フリガナ)	
口座	(口座番号)	口座名	