

支給決定並びに支出伺

年 月 日

常務理事	資格喪失	年 月 日	算 出 基 礎			法定給付				円
		年 月 日	標準報酬	月額	円	支給額				円
事務長	支給開始	年 月 日	$\frac{2}{3}$	円	日	円	附加給付			円
	終了(前回)	年 月 日		円	=		支給額			円
係	入院期間	年 月 日から	$\frac{1}{10}$	円	=	支給期間	年 月 日から			円
		日間					日間			
		年 月 日まで	備考				年 月 日まで			

傷病手当金(法定給付)
傷病手当附加金(附加給付)

請 求 書 (第 回)

被 保 險 者 証 の 記 号 番 号	記 号	番 号	所 属 事 業 所 の 名 称		
発 病 ま た は 負 傷 の 年 月 日	年 月 日	被 保 險 者 の 業 務 の 種 別	標 準 報 酬 月 額	千 円	
傷 病 名		発 病 ま た は 負 傷 の 原 因			
労 務 に 服 す る こ と が で き ず 休 ん だ 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日 間			
上 記 期 間 中 に 報 酬 の 全 部 も し く は 一 部 を 受 け た と き ま た は 受 け ら れ る と き は そ の 報 酬 額 お よ び 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日 間	金 額	円	
入 院 し た と き	病 院 名				
	所 在 地				
	入 院 し た 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日 間		
北陸電気工事健康保険組合理事長殿					
上記によって金 円也を請求します。					
被 保 險 者 住 所 氏 名 (印)					
年 月 日					
上記の金額の受領を 住 所 氏 名 (印) に委任します。					
被 保 險 者 氏 名 (印)					
被 保 險 者 (請 求 者) に 対 す る 支 払 金 融 機 関 の 欄					
金融機関名	金融機関コード *	銀行 農協 金庫 信組 郵便局	店番コード *	本店 支店 出張所	口座種別 1. 普通 2. 当座 3. その他 ()
口座番号		口座名義	フリガナ		

事業主の証明	労務に服さなかった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	被保険者の報酬の種別	日 給 月 給
	上記期間中に支払う報酬関係	全額支給した場合 全額支給する場合	年 月 日 から 年 月 日 まで	金	円
		一部支給した場合 一部支給する場合	年 月 日 から 年 月 日 まで	金	円
		現在も将来も支給しない場合その旨			
<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">事業主 住所 氏名 印</p> <p style="text-align: center;">電話 — —</p>					

療養担当医の意見	傷病名					
	発病または負傷の原因					
	発病または負傷の年月日	年 月 日	療養の給付を開始した年月日 (初診年月日)	年 月 日		
	労務不能と認められた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	診療	実日数 延日数	日 日
	傷病の主症状および経過概要 (詳細に記入下さい)					
	上記期間中入院の場合はその期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間			
	<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">保険医 住所 氏名 印</p> <p style="text-align: center;">電話 — —</p>					