

常務理事	事務長	担当	第	回請求	資格取得日
			受付	年 月 日	年 月 日
			決裁	年 月 日	資格喪失日
				年 月 日	年 月 日
不支給期間及び理由	支給開始日	標準報酬月額※	支給期間	支給金額 (支給日額×支給期間)	
自 年 月 日	年 月 日	円	自 年 月 日	円	
至 年 月 日	支給期間終了日	支給日額	至 年 月 日	備考	
待期・その他 日間	年 月 日	円	日間		
不支給内訳	待期	自 年 月 日	出勤・年休	自 年 月 日 ( )	自 年 月 日
		至 年 月 日	日	至 年 月 日	至 年 月 日

※「標準報酬月額」は、直近の継続した12ヶ月の標準報酬月額の平均を適用致します。

## 傷病手当金請求書

被保険者証記号番号	事業所名及び所属課係名		満年齢
●-●●●●●●	勤務先の名称をご記入ください Tel( )		〇〇歳
傷病名	発病又は負傷年月日及び原因	労務に服することが出来なかった期間	
A	年 月 日	自 年 月 日	
B	年 月 日	日間	
老齢年金	受給あり ( )	繰下受給裁定・未裁定)	
障害年金	受給あり (受給日)	・ 受給なし	
障害手当金	受給あり (受給日)	円) ・ 受給なし	
労災休業補償	受給あり ・ 受給なし	よるものかどうか	はい ・ いいえ
デンカ健康保険組合理事長 殿 (住所)			
上記の通り請求し、給付金の受領方 ( ) に委任し ( ) 退職者、任意継続の方は記入不要			
年 月 日 (氏名) 被保険者でない場合は ( ) 被保険者との続柄			
振込先	金融機関名及び支店名	預金種類	口座番号
金融機関名	退職者、任意継続の方はご記入ください		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	労務不能期間中に対する報酬額及び期間	証明年月日	年 月 日
自 年 月 日	自 年 月 日	(住所)	
至 年 月 日	至 年 月 日	事業主の証明を頂いてください	
日間	日間	円 (事業主名)	

## 医師又は歯科医師若しくは柔道整復師の意見

傷病名	労務不能と認めた期間	発病又は負傷年月	発病又は負傷の原因	初診年月日	転帰
A	自 年 月 日	年 月 日		年 月 日	
B	自 年 月 日	年 月 日		年 月 日	
傷病の主症状及び経過概念	医師の証明を頂いてください				
上記のとおり労務に服することが (住所)					
できなかった事を証明する。 (医療機関名)					
(医師名)					