

受付年月日	年 月 日	決 裁			
伺 年 月 日	年 月 日				台帳照合印
決 裁 年 月 日	年 月 日				
※支給 支給 内訳 支払 決議書	支 給 額	円		資 格 取 得	年 月 日
	支給	傷病手当金	円	資 格 喪 失	年 月 日
	内訳	傷病手当金付加金	円	標 準 報 酬 日 額	円
	支 給 開 始	年 月 日		障害年金額・日額障害手当金額	円(日額) 円
	支 給 期 間	自	年 月 日	老 齡 (退 職) 年 金 額	円(日額) 円
	前 回	始	年 月 日	全部・一部	期 間 年 月 日から 日 間
	終	年 月 日	不 支 給	理 由	円
			備 考		

傷病手当金・傷病手当金付加金請求書 (第 〇〇 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類別			
	③ 事業所の名称及び所在地		名 称	④ 所 在 地		
	⑤ 資格を取得した年月日		年 月 日			
	⑥ 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	
	⑦ 発病又は負傷の年月日		年 月 日		⑧ 傷 病 名	
	⑨ 発 病 又 は 負 傷 の 原 因				⑩ 第三者行為によるものですか いいえ・はい	
	⑪ 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	
	⑫ 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 受けることができる報酬額		日間 円 円	
	⑬ 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		㉞ 年金の種類別	障害年金・障害手当金	① 年金額	
			㉞ 年金を受けることとなった年月日	年 月 日	④ 障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード	
	任意資格喪失被保険者の方		㉞ 老齡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
			① 老 齡 (退 職) 年 金 の 名 称	㉞ 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	⑤ 受 給 年 月 日	④ 年 金 額
					年 月 日	円
					年 月 日	円
		㉞ 年 金 の 合 計 額			円	
⑮ 振込希望の金融機関名		銀行・金庫・信組			店・本店 支店・出張所	
		普通当座	口座番号	フリガナ 口座名義		
⑯ 上記のとおり申請します。		年 月 日				
住所 〒 被保険者の 氏名						
日本飛行機 健康保険組合理事長 殿		被保険者個人番号 <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
		(被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)				

事業主が証明するところ	⑰ 労務に服さな かった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	⑱ 上記の 期間中 の分として支 払う報 酬関係	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) (月 日支払) (金 円)
		⑱ 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) (月 日支払) (金 円)
		⑲ 現在までも 又、将来も支 給しない場合 は、その旨	
	⑲ 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	電話 ()	

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 年月日	年 月 日	
	㉔ 労務不能と 認めた期間	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 及び経過概要					
		人工透析を実施 又は人工臓器を 装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	昭和・平成	年 月 日	
			人工臓器等 の種類	ア.人工肛門 イ.人工関節 オ.人工透析 カ.その他 ()	ウ.人工骨頭 エ.心臓ペースメーカー	
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	入院費用の別	健自保公費 費 費 費 他		
㉘ 上記のとおり相違ありません。	年 月 日					
	医療機関の名称					
	医療機関の所在地 〒					
	医師の氏名			電話 ()		

委任状	⑲ 私は、	を代理人と定め、次の権限を委任する。	
	年 月 日請求した傷病手当金・傷病手当付加金のうち 金 円也の受領に関すること。	年 月 日	
	住所 〒 被保険者の 氏名		
	住所 〒 代理人の 氏名		
	委任者と代理人との関係		
⑳ 振込希望の 金融機関名	銀行・金庫・信組		店・本店 支店・出張所
	普通 当座	口座番号	フリガナ 口座名義

領収書	㉑ 金 円也但し うえの金額を領収いたしました。
	日本飛行機健康保険組合理事長 殿
	住所 〒 受領者 氏名