

様式番号	
給	6

給付決定伺

部長	課長	扱	合議

※

事業所記号	被保険者番号	日数

※

支出項目	金額
法定給付費	傷病手当金

※

支給期間	日数	日額	計	備考
. . ~ . .				
. . ~ . .				
. . ~ . .				

健康保険傷病手当金請求書 (第 回目)

※印の欄は記入しないでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	-		被保険者の 氏 名 生年月日 昭・平 年 月 日生				
	資格取得・喪失	取得	. .	喪失	. .	標準報酬等級 及び月額	等級 千円	
	発病又は負傷の 年 月 日	年 月 日		傷病名	被保険者の 業務の種別			
	発病又は負傷の 原因(詳しく)							
	発病又は負傷の療養を するため休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間				
	うえに記入した 期間中の報酬を	現在	受けない・受けた		年 月 日から 年 月 日まで		の分として 円	
		将来	受けられない・受けられる		年 月 日から 年 月 日まで		の分として 円	
	障害年金、障害 手当金の受給 状況について	1. 受けていない						
		2. 現在請求中	請求年月日	年 月 日				
		3. 受けている	受給開始年月日	年 月 日	年金の種別	障害年金・障害手当金		
老齢又は退職を 事由とする年金 受給状況について	1. 受けていない							
	2. 現在請求中	請求年月日	年 月 日					
	3. 受けている	受給開始年月日	年 月 日	年金の種別	老齢厚生年金・老齢基礎年金・その他			

上記のとおり申請いたします。
 なお、必要な添付書類の提出及び申請内容に関する問い合わせを事業主経由で行うことに【同意します・同意しません】。

令和 年 月 日 被保険者 住所
 (または請求者)
 (自署) 氏名
 TEL - -

上記の請求について誤りのないことを証明します。
 事業所名
 事業主名

北海道農業団体健康保険組合理事長 殿

- *注 【同意します・同意しません】については選択される方に○をしてください。選択がない場合は、同意されたものとみなします。
- *注 同意されない場合は、添付書類を封筒に入れるなどして第三者にはわからないようにされた上で事業所健康保険担当者へ渡してください。その場合はご本人へ直接連絡させていただくことがあります。
- *注 請求書は原則事業主経由での提出となります。事業主経由での提出を希望されない方は事前に当組合へお申出ください。
- *注 被保険者署名欄については、被保険者が亡くなられて、相続人の方が請求される場合は、請求される方の氏名をご記入ください。

事業 主が 証明 する ところ	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から			日間	
		令和 年 月 日 まで				
	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正職員・正社員 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 準職員・準社員 <input type="checkbox"/> 季節雇用 <input type="checkbox"/> 嘱託・臨時 <input type="checkbox"/> その他()		給与区分	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他()	
	上記の期間(出勤日以外)に対して、報酬・手当・交通費等を支給しました(します)か		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		賃金計算	締日 年 月 日 支払日(当日・翌月) 年 月 日
	*上記期間中の給与計算方法 (計算式等についてこの欄又は賃金台帳(写)の余白に記入)					

◇欠勤控除の有無	< 有・無 >	算定式:	円を	年	月分給与で控除
◇住宅現物の有無	< 有・無 >	月額:	円		

上記のとおり相違ないことを証明します。	本件内容の確認先(部署及び担当者名):
令和 年 月 日 日 一	
事業所住所	
事業所名	
事業主氏名	

療養を担当した医師が意見を記入するところ (全項目ご記入ください)	傷病名																										
	発病又は負傷の原因																										
	発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	療養の給付を開始した年月日	令和 年 月 日																							
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 までの 日間																									
	上記期間を含む	入院日数	令和 年 月 日から	転帰	治療・継続・中止・転医																						
			令和 年 月 日まで			日間	令和 年 月 日																				
	外来診療日(○でかこむ)	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	計	日																							
		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	計	日																							
	◆上記期間に行った療養及び指示内容・経過概要(投薬、検査、手術、療養の指示などできるだけ詳しくご記入ください。)																										
	◇投薬 <input type="checkbox"/> あり 主たる薬() 日分処方) ・ <input type="checkbox"/> なし(理由:)																										
◇通院指導の有無 <input type="checkbox"/> あり (週間 / 回) ・ <input type="checkbox"/> なし(理由:)																											
◇精神療法の有無 <input type="checkbox"/> あり (週間 / 回) ・ <input type="checkbox"/> なし																											
◇検査・手術を行った場合は、その内容についてご記入ください。																											
検査内容:																											
手術内容:																											
◆入院されていた方の退院後の指示内容についてご記入ください。																											
◆上記期間の診察から、従来の職種について労務不能と判断した具体的所見																											
◆職場復帰できるのはいつ位になるでしょうか。 予定日 : 令和 年 月位になる見込み																											
上記のとおり相違ありません。																											
令和 年 月 日 日 一																											
医療機関住所																											
名称																											
医師氏名																											
TEL - -																											

◎医師意見欄は必ず全項目をご記入くださいますようお願いいたします。

※記載内容の訂正は訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容と記載者のサインをご記入ください。