

伺年月日		年	月	日	常務理事	事務長	担当者	台帳照合印		
支給 支払 決議書	支給額		円							
	支給 内訳	法定	円							
		付加	円							
	支給期間		自	年	月	日	資格取得	年	月	日
			至	年	月	日	資格喪失	年	月	日
	支給開始日		年	月	日	標準報酬月額	千円（日額 円）			
支給終了日		年	月	日	備考					

傷病手当金・傷病手当付加金請求書（第 回目）

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号			被保険者の 氏名					
	事業所の名称								
	事業所の所在地	〒	-	電話（ ）					
	被保険者の資格を取 得した年月日	年	月	日	第三者行為に よるものですか	はい・いいえ			
	発病又は負傷の 年月日	年	月	日	傷病名				
	発病又は負傷の原因								
	労務に服することがで きなかつた期間	年	月	日	から	日間	労務不能期間中に 報酬を受けましたか	受けた・受けない	
	報酬を受けたときは その期間	年	月	日	から	日間	報酬額	円	
	老齢年金・障害年金・障害 手当金を受けていますか	受けた・受けない・手続き中			年金等の種別	老齢年金・障害年金・障害手当金			
	受給額（年額）	円			受給開始日	年	月	日	
	障害年金等の対象病名								
	振込希望口座 *資格喪失後の 継続受給者	銀行 信金 信組 農協		本店 出張所 支店 営業所		口座名義 (カタカナ)	預金 種別	普通	口座 番号

上記のとおり請求します。また、下記の事項について異議なく同意します。

1.原則、この請求書を事業主経由でフランスベッドグループ健康保険組合に届け、当該給付金について事業主経由で受領すること。但し、請求時の資格状況によってはこの限りではないこと。

年 月 日

フランスベッドグループ健康保険組合理事長 殿

請求者の 住所

氏名

事業主の証明欄	労務に服さなかった期間		年	月	日	から	年	月	日	まで	日間	
	上記期間中の分として支払う報酬関係	全額支給した場合	年	月	日	から	金	円	〔日額	〕	金	円
		一部支給した場合	年	月	日	から	金	円	〔日額	〕	金	円
		支給しない場合は、その旨										
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p>												

療養を担当した医師の意見欄	傷病名		発病又は負傷の原因		
	発病又は負傷の年月日	年 月 日	療養の給付を開始した年月日	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	左記の期間中の診療実日数	日間
	傷病の主症状及び経過概要 (具体的に詳しく)				
	<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医療機関所在地</p> <p>医療機関名称</p> <p>医師氏名</p> <p>電話</p>				