

※ 記入 しな ない こと	支給決定伺				支給決定	平成	年	月	日	
	支給額	円			常務理事	事務長	担当者			
	支給内訳	傷病手当金	円							
	支給期間	自平成	年	月	日	標準報酬月額	千円 (/)			
至平成		年	月	日	年金額	円 (日額 円)				
前回 支給期間	自平成	年	月	日	摘要					
	至平成	年	月	日						

傷病手当金請求書 305 (第 × 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者の 事業所番号	9000	(2) 事業所の 名称	南海電気鉄道株式会社	
	被保険者の 保険証番号	××××××	(2) 事業所の 所属	××部××課	
	(3) 傷病名	××××病	(4) 療養のため 休んだ期間 中に報酬の 支払を受けた 場合その 期間と金額	全期間 自平成××年××月××日 ××日間 至平成××年××月××日 年休・有給 円を受けた	
	(5) 発病又は負傷の 原因	××××のため		一部の期間 自平成 年 月 日 日間 至平成 年 月 日 年休・有給 円を受けた	
	(6) 負傷は 第三者行為に よるものですか	いいえ		はい (負傷届等提出)	その他 平成 年 月 日より無給
	(7) 発病又は負傷の 年月日	平成 ××年××月××日		(8) 業務の種類 ××××の仕事	
	(9) 障害年金 障害手当金 老齢厚生年金等 受けていますか	いいえ	はい (証書写等提出)	(10) 療養のため 休んだ期間 自平成 ××年××月××日 ××日間 至平成 ××年××月××日	
	(11) 振込銀行名	(資格喪失さ れた方のみ) 銀行 支店		口座番号 番 (フリガナ)	
	委任する ところ	平成 ××年××月××日 上記のとおり請求します。 南海電気鉄道健康保険組合理事長 殿 私は請求に関する一切の事務を ×××× 担当印 に委任いたします。 被保険者の 住所 大阪市中央区難波×××××× 「押印」してください 氏名 南海太郎 南印 ※1(裏・2枚目にも記入押印すること)			

KS30512504WG

◎請求上の注意

- この様式は、被保険者が傷病で労務不能の為に会社の勤務を休み、休んだ期間の報酬等の支払を軽減又は受けられない場合に請求するものです。また、記入するとき、鉛筆は使用しないで下さい。氏名は裏・2枚目にも記入押印して下さい。
- この請求をするときは、「療養を担当した医師の意見」の証明を受け、次に事業主の証明を受けて、組合に提出して下さい。また、支給決定に際し、別途、必要書類等の提出を求む場合があります。
- (4)欄は、年休・有給の場合、該当するものを○で囲み、また、給与等受けた期間と金額を記入して下さい。
- (8)欄は、仕事の内容(退職の方は、退職直前)を記入して下さい。
- (9)欄は、労務不能であった期間に、障害年金・老齢年金等の差額を請求される場合は、証書等の写しを添付して下さい。
- (11)欄は、資格喪失された方のみ記入して下さい。

※1この請求書は、事業主証明並びに医師意見欄等あり、給付金の請求事務を円滑に行うために設けています。施行規則にて請求する場合は請求書に事業主証明書、医師意見書を添付したうえ提出しても結構です。ご本人の同意なく本目的外に使用いたしません。現職の方は事業主経由にて手続き・支払いを行います。

南海電気鉄道健康保険組合

「押印」してください

氏名	南海太郎				※1 2枚目印刷のときは必ず記入押印して下さい。(裏・2枚目)	
事業主の証明	労務に服さなかった期間	自平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日	××	至平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日	××	日間
	上記期間中の分として支払う報酬額	自平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日	××	至平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日	××	日間
		自平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日	××	至平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日	××	日間
		平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日	××	至平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日	××	日間
上記の通り相違ないことを証明します。	平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日					全額 年休・有給
	事業主					一部支給額 円
	住所 大阪市中央区難波5-1-60					
	氏名 南海電気鉄道株式会社 ××部長					印
	TEL ××-××××-××××					
療養を担当した医師の意見	傷病名	××××病		傷病又は負傷の原因	××××のため	
	発病又は負傷の年月日	平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日	××	療養の給付開始年月日	平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日	
	労務不能と認められた期間	自平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日	××	至平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日	××	日間
	傷病の主症状及び経過概要と入院期間	××××から××××の症状				
	入院期間 ×× 年 ×× 月 ×× 日 ~ ×× 年 ×× 月 ×× 日 ×× 日間					
	上記の通り相違ありません。					
	平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日					
	医師					
	住所 ××市××町					
	医療機関名 ××××病院					
	氏名 ××××					印
	TEL ××-××××-××××					
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	年金の種類	障害年金・障害手当金	年金額	円	年金の支給事由となった傷病名	
	年金を受けることとなった年月日	年 月 日		障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード		
任意継続被保険者の方	老齢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
	老齢年金の名称	基礎年金番号又は若年者年金コード	年金番号及び記号番号	受給年月日	年金額	
				年 月 日	円	
				年 月 日	円	
	年金の合計額					円