

何年月日	令和 年 月 日	常務理事			担当者
支払年月日	令和 年 月 日				
支払金額	円				
資格取得	昭・平・令 年 月 日	資格喪失	令和 年 月 日		
支給期間	平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで	日間			
前回	平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで	日間			

N I P P O健康保険組合 年 月分

健康保険

傷病手当金請求書

第 回

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記号	番号	所属事業所名		
	被保険者氏名	フリガナ		被保険者住所	〒	
	傷病名				発病または負傷日	平成・令和 年 月 日
	発病または負傷の原因					
	第三者の行為による傷害	いいえ・はい	はいのとき、健保への連絡	文書提出済・連絡のみ済・まだしていない		
	療養のため休んだ期間 ※土日祝日を含む申請期間	平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで 日間				
	休んだ期間中に報酬を受けたとき その対象期間と金額	平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで 円				
※必須 右記いずれかの 受給について 必ず該当に 記入のこと	障害厚生年金・障害基礎年金・障害手当金⇒	傷病名：	年金額：	円・申請中・受けていない		
	老齢厚生年金等の公的年金	⇒	年金額：	円・申請中・受けていない		
	労災保険の休業補償給付	⇒	支給元の労働基準監督署名：	・申請中・受けていない		
	添付書類	<input type="checkbox"/> 上記の年金等を受けているときは、年金額のわかる裁定通知書・年金額改訂通知書				
委任状 (任意継続 を除く)	私は本件請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します  令和 年 月 日  被保険者 氏名					

医 療 機 関 記 入 欄	傷病名				発病または負傷日	平成・令和 年 月 日
	発病または負傷の原因					
	労務不能と認められた期間	平成・令和 年 月 日～ 年 月 日まで	日間	左の期間中の診療実日数	日間	
	上記のうち入院した期間	平成・令和 年 月 日～ 年 月 日まで	日間	入院費用の別	健保・自費・公費・その他	
	傷病の主症状および経過概要・ 労務不能と認める医学的所見					
	上記のとおり相違ないことを証明します。  令和 年 月 日  医療機関の所在地  医療機関の名称  医師の氏名	※文字を訂正された場合は 医師のサインが必要です				

事 業 主 記 入 欄	労務に服さなかった期間	出勤状況を下に表示（出勤：○、有給：△、公休：公、欠勤：/）するか勤務票の写しを添付				出勤 有給
	平成 年 月 日から	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			日 日
	平成 年 月 日まで	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			日 日
	土日祝日を含む 日間	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			日 日
	上記期間中を対象とした報酬	現在までもまた将来も不支給 ・ あり（一部でも「あり」の場合は下記に記入）				
	報酬ありの場合の内訳	支給対象期間		報酬の名称	支給金額	支給日
	年 月 日から 年 月 日まで	日間		円		
	年 月 日から 年 月 日まで	日間		円		
上記のとおり相違ないことを証明します。  令和 年 月 日  所在地  事業主の 名称  氏名						

退職者の場合は受取口座をご記入ください。（本人名義に限ります）				受付日付印	
銀行 金庫 農協	本店 支店	預金種別	口座番号		
		1. 普通 2. 当座			