

同年月日	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 回目

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記号 123	番号 12345	所属事業所名 株式会社NIPPO	
	被保険者氏名	フリガナ ニッポ イチロウ 日鋪 一郎		被保険者住所 〒123-4567 東京都〇〇区△□1-2-3	
	傷病名	大腸癌		発病または負傷日 平成・令和 元 年 5 月 10 日	
	発病または負傷の原因	不詳			
	第三者の行為による傷害	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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 元 年 8 月 9 日から平成・令和 元 年 9 月 30 日まで 53 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 支給について 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 <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない			
		高齢厚生年金等の公的年金 ⇒ 年金額： 1,656,000 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 <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない			

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				

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	

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）	
銀行 金庫 農協	本店 支店
預金種別	口座番号
1. 普通	
2. 当座	

受付日付印