

※ 健 保 使 用 欄	発議	年月日			傷病手当金支給決定決議書							
	支給期間	自 至	年 年	月 月	日 日	日間	不支給	自 期 間	年 年	月 月	日 日	日間
	資格取得	年月日				月額	千円	常務理事	事務長			担当者
	資格喪失	年月日										
	支給開始	年月日				日額	円					
	支給最終	年月日										
	日額	円 × 支給率 2/3 →				円 ×	日 =	円 ①	支給総額	①-②		
	老齢(障害)厚生年金 日額					円 ×	日 =	円 ②			円	

傷病手当金請求書 (第回)

被保険者本人 が記入する欄	被保険者 証の記号	番号	標準報酬月額	千円	発病または 負傷年月日	年月日	
	傷病名				発病または 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 年月日まで			左記期間中に報酬 を受けた時はその 月日及び金額	月日 月日 円間	支給される理由 出勤・有給・食 費・月給・手当
	(A) 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか				いいえ・請求中・はい		
	(B) 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				いいえ・請求中・はい		
	(A) (B) → はいの場合、年金の合計はいくらになりますか				年金の合計額	円	
	振込希望銀行	銀行	支店	当座 普通	口座番号	名義	フリガナ
	上記のとおり請求します。 (〒 - -)						
	被保険者の住所 N T P グループ健康保険組合 御中 氏名						
	電話番号 (- - -)						

事業主 證明欄	労務に服さなかつた期間	年月日 年月日			事業主の所在地 氏名		
	上の期間中に 報酬を支給 した場合また は支給する 場合はその 金額と期間	支給金額	支給期間				
		円	自 至	年月日 年月日			
		年月日 上の通り相違ないことを証明します。					

療養を担当した医師が意見をかくところ							
傷病名				発病又は 負傷の日	年月日	発病又 は負傷 の原因	
				療養給付 開始日	年月日		
労務不能と 認めた期間	年月日 年月日			診療実日数	日間	入院 期間	月日 月日 日間
傷病の 主状態 及び経過概要				上のとおり相違ありません。 年月日 住所(所在地) 医師 医療機関名 氏名 電話番号 (- - -)			
				印			