

|                            |                              |       |       |              |       |      |       |     |       |   |          |     |
|----------------------------|------------------------------|-------|-------|--------------|-------|------|-------|-----|-------|---|----------|-----|
| ※<br>健<br>保<br>使<br>用<br>欄 | 発議                           | 年 月 日 |       | 傷病手当金支給決定決議書 |       |      |       |     |       |   |          |     |
|                            | 支給期間                         | 自     | 年 月 日 | 至            | 年 月 日 | 日間   | 不支給期間 | 自   | 年 月 日 | 至 | 年 月 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           |       |      |       |     |       |   |          |     |
|                            | 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<br>保<br>険<br>者<br>（<br>本<br>人<br>）<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>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った期間                  | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 |    |    |        | 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<br>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<br>N T P グループ健康保険組合 御中 氏 名 |                    |    |    |        |                        |                |                           |      |
|  | 電 話 番 号 ( - - )                    |                    |    |    |        |                        |                |                           |      |

|                            |                                  |                |         |       |   |           |  |       |
|----------------------------|----------------------------------|----------------|---------|-------|---|-----------|--|-------|
| 事<br>業<br>主<br>証<br>明<br>欄 | 労務に服さなかった期間                      | 年 月 日 年 月 日 日間 |         |       |   | 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       | 年 月 日 | 至 |           |  | 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<br>病<br>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 日間   |  |  | 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。<br>年 月 日<br>住所(所在地)<br>医師 医療機関名<br>氏 名<br>電話番号 ( - - ) 印 |  |  |          |       |  |           |            |