

※ 健 保 使 用 欄	発議	平成 年 月 日				傷病手当金支給決定決議書							
	支給期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日				日間	不支給期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日				日間	
	資格取得	昭平 年 月 日				月 額	千円	常務理事	事務長	総務	担当者		
	資格喪失	平成 年 月 日											
	支給開始	平成 年 月 日				日 額	円						
	支給最終	平成 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				

**記入例**

**傷病手当金請求書**

(第 回)

被 保 険 者 一 人 が 記 入 す る 欄	被保険者 証の記号	〇〇	番号	〇〇〇	標準報 酬月額	〇〇〇千円	発病または 負傷年月日	昭和 平成	〇〇年〇月〇日	
	傷病名	〇〇〇〇〇〇〇〇				発病または 負傷の原因	〇〇〇〇〇〇〇〇			
	労務に服する ことができな かった期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日から 平成〇〇年〇〇月〇〇日まで				〇〇日 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 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	〇〇〇	銀行	〇〇〇	支店	当座 普通	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	名 義	ツガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	
上記のとおり請求します。										
NTPグループ健康保険組合 御中					被保険者の住所 (〒〇〇〇-〇〇〇〇 ) 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇-〇〇					
氏名及び印					健保 太郎 印					
電 話 番 号 ( 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 )										

事 業 主 証 明 欄	労務に服さな かった期間	平成 年 月 日 平成 年 月 日 日間	事業主の所在地氏名及び印						
	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	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日						
		平成 年 月 日	上の通り相違ないことを証明します。						
									印

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	昭和 平成	年 月 日	発病又は 負傷の 原因		
労務不能と 認められた期間	平成 年 月 日 平成 年 月 日 日間	療養給付 開始日	昭和 平成	年 月 日	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。 平成 年 月 日					
				住所(所在地)						
				医師 医療機関名						
				氏 名						
				電話番号	( - - )					
				印						