

※ 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	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		

記入例		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	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	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日					
	傷病名	〇〇〇〇〇〇〇〇〇				発病または負傷の原因	〇〇〇〇〇〇〇〇〇						
	労務に服することができなかった期間	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日から 〇〇〇〇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 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		名義	フリガナ 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 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇－〇〇 氏 名 健保 太郎 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	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		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。 年 月 日 住所(所在地) 医師 医療機関名 氏 名 電話番号 (- -) 印					