

※ 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	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	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		

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	昭和 平成	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	平成 年 月 日から 平成 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 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。 (〒 -)								
NTPグループ健康保険組合 御中				被保険者の住所 氏名及び印 印				
電話番号 (- -)								

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	印			
		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。					

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
				診療実日数	日間		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 印 電話番号 (- -)			