

※ 健 保 使 用 欄	発議	令和 年 月 日	傷病手当金支給決定決議書					
	支給期間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日	日間	不支給 期間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日	日間		
	資格取得	昭・平・令 年 月 日	月額	千円	常務理事	事務長	総務	担当者
	資格喪失	平・令 年 月 日						
	支給開始	平・令 年 月 日	日額	円				
	支給最終	平・令 年 月 日	日額	円				
	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	平・令 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・令 年 月 日から 平・令 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	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・令 年 月 日 平・令 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・令 年 月 日 至平・令 年 月 日			
	令和 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	平成 年 月 日 令和	発病又は 負傷 の原因	
労務不能と 認められた期間	平・令 年 月 日 平・令 年 月 日	日間	療養給付 開始日	平成 年 月 日 令和	入院 期間	月 日 月 日 日間
			診療実日数	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。 令和 年 月 日 住所(所在地) 医師 医療機関名 氏 名 印 電話番号 (- -)			