

※ 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	日間	不支給	自平成	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 （ 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	昭和 〇〇年〇月〇日 平成		
	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	銀行	〇〇〇	支店	〇〇〇	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	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	平成	年	月	日	日間	印			
		支給金額	円	支給 期 間						
		自平成	年	月	日	至平成				
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	療養給付 開始日	昭和 平成	年	月	日	入院 期間	月 日 月 日 日間
	平成	年	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。 平成 年 月 日 住所(所在地) 医師 医療機関名 氏 名 電話番号 (- -)										