

給付支給決定並びに支出伺										伺年月日					
常務理事	事務長	担当者	円							決裁年月日					
			支給額							取得年月日	・				
										喪失年月日	・				
支給期間	自	令和	年	月	日	～	至	令和	年	月	日	日間	日	額	円
不支給期間	自	令和	年	月	日	～	至	令和	年	月	日	日間	全部 ・ 一部		

傷病手当金・延長傷病手当金付加金請求書〔第 回目〕

ナブテスコグループ健康保険組合 理事長 殿 令和 年 月 日請求

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号		社員コード	被保険者氏名	印	
	番号					
	被保険者住所	〒				
	事業所名		標準報酬月額	千円		
	資格取得日	年	月	日	業務の種別	
	発病負傷年月日	年	月	日	傷病名	
	発病負傷の原因及び日時場所					
	疾病負傷の療養をするため休んだ期間	令和	年	月	日から	
		令和	年	月	日まで	日間
	上記期間中の報酬はどのようになっていますか ○をつけてください	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない				
	報酬支払を受けたとき又は受けられるときはその報酬の額とその報酬支払の基礎となった期間	令和	年	月	日から	
		令和	年	月	日までの分	円
	老人保健法の医療を受けたとき	市区町村番号		受給者番号		発行機関名
	障害年金、障害手当金を受けているとき、又は受けることができるとき	年金の種類別	障害年金・障害手当金	年金額	年金の支給事由となった傷病名	
		年金を受けることとなった年月日	年	月	日	障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード
任意継続被保険者の方	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				はい・請求中・いいえ	
	老齢（退職）年金の名称	基礎年金番号及び年金コード又は記号番号若しくは番号	受給年月日	年金額		
			年	月	日	円
			年	月	日	円
		年金の合計額			円	

・障害年金・障害手当金を受給している方は、年金証書の写しおよび身体障害者手帳の写しを添付してください。
・老齢年金を受給している方は、年金証書の写しを添付してください。傷病手当金受給中に年金額改定がある場合は年金額改定通知書の写しを添付、もしくは、送付してください。

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考	
----	--

- (説明) 1. 被保険者が病気やケガをして、医師の指示により療養のため会社を休み、給料を受けなかった場合に支給されます。
2. 支給期間は、法定給付(1年6ヶ月を限度として、1日につき標準報酬日額の2/3割)付加給付(6ヶ月を限度として6割)を支給します。
3. 初回請求時は、適用事業所等の異動状況確認書を添付してください。
4. 発病又は負傷の原因が、外傷であるときは「負傷原因照会」を添付してください。
5. 発病又は負傷の原因が、第三者行為であるときは「第三者の行為による傷病届」を添付してください。

◎ 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。また、被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間		
	上記期間中の報酬	全額支給の場合	令和	年	月	日から	令和	年	月	日までの分	日額	円
			令和	年	月	日から	令和	年	月	日までの分	日額	円
		支給しない場合										
上記のとおり相違ないことを証明します。												
令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 印												

療 養 担 当 医 師 の 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	傷病名											
	発病負傷の原因											
	発病負傷の年月日	令和	年	月	日	療養の給付を開始した年月日	令和	年	月	日		
	労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	左の期間中の診療実日数	日間
	傷病の主症											
	状及び経過											
	概要											
	労務可能見込年月日	令和	年	月	日頃							
	上記のとおり相違ありません。											
	令和 年 月 日 医療機関住所 医療機関名称 医師名 印											

委任状	委任事項	この給付の(住所)受領方を 令和 年 月 日 (氏名) 印 に委任する (被保険者) 印
	振込先	銀行 支店 当座・普通 番号

—受付日付印—