

提出先：被保険者 → ニチレイビジネスパートナーズ → ニチレイ健康保険組合

支給額	円				ニチレイ健康保険組合 検印欄				受付印					
支給期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日間					

傷病手当金請求書 (第 1 回)

被保険者証の 記号・番号	2101 - 0001				被保険者の 業務の内容	事務職					
事業所の名称	ニチレイ										
発病又は負傷の 年月日	2022 年 7 月 8 日				傷病名	骨折					
発病又は負傷の 原因	① 2022年7月8日午前6時頃、家の階段を下りている時に踏み外し足首を骨折した。										
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	労務に服することが 出来なかった期間	2022 年 8 月 1 日 から 2022 年 8 月 31 日 まで 31 日間									
	上記期間の報酬の全部 又は一部を受けたとき、 又は受けることができる 時はその報酬額及び期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 受けた報酬額 円 受けることができる報酬額 円									
	障害年金又は障害手 当金の受給の有無	② 無	請求中	有	年金の種類	障害年金・障害手当金	年金額	円			
	年金を受けること となった年月日	年 月 日	年金の支給事由 となった傷病名	障害年金を受けている場合は 障害年金証書の記号番号							
	③ 受取方法	事業所経由で	<input checked="" type="checkbox"/> 受け取る ⇒委任状欄にご署名下さい(給与口座へ振込み) 【在職中】 <input type="checkbox"/> 受け取らない ⇒振込先を記入して下さい(退職者は必ず記入) 【退職者】								
	委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を在籍している事業所に委任します。 被保険者氏名 日冷 花子 【在職中】									
	【退職者】	ご本人名義の口座に限ります									
	振込先	銀行	支店	フリガナ							
		口座番号			口座名義						
	上記のとおり請求します。 〒 101-2345 住所 東京都中央区〇〇1-2-3 被保険者 (申請者) 氏名 日冷 花子										
	2022 年 9 月 15										
	ニチレイ健康保険組合理事長 殿										

①
発病又は負傷の原因を詳しく記入して下さい。

②
障害年金又は障害手当金の受給の有無を必ずご記入下さい。
受給中の方は、「年金の種類」「年金額」「年金を受けることとなった年月日」「年金の支給事由となった傷病名」「障害年金を受けている場合は障害年金証書の記号番号」を記入して下さい。

③
受取方法
在職中の方は、給与での支払いになりますので、事業所経由で受け取るを選択し、委任状欄に氏名を記入して下さい。
退職者は事業所経由で受け取らないを選択し、振込先を記入して下さい。

傷病手当金は、1ヵ月ごとに医師の証明をいただき請求をしてください。
記入方法については、記入例および注意事項をご覧の上、ご記入願います。
〔添付書類〕 出勤管理簿(写)、賃金台帳

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	2022年8月1日から2022年8月31日まで		31日間
	上記の内、報酬支払対象となった期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間
	支払状況	支給金額 円 (月 日支払)		日 額 円
		【傷病が出産に関わる場合】		
	分娩予定日	年 月 日	分娩日	年 月 日
証明するところ	労務に服さなかった期間中の休業月日 ○印：出勤 △印：有給 休：休日 無印：欠勤	8月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	出勤 有給 0日 0日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 2022年9月30日			
〒104 - 8402 事業所所在地 東京都中央区築地6-19-20 事業所名称 株式会社 ニチレイ 事業主氏名 ○ ○ ○ ○				

療養を担当した医師が意見を書くところ(楷書にて記載)	傷病名	骨折	発病または負傷の原因	右足強打	
	発病または負傷の年月日	2022年7月8日	療養の給付を開始した年月日	2022年7月8日	
	労務不能と認められた期間	2022年8月1日から 2022年8月31日まで	31日間	診療実日数	2日間
	傷病の主症状および経過概要	右足を骨折し、7/8初診。 大腿骨バンドで右足大腿骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。			
上記のとおり相違ないことを証明します。 2022年9月5日					
〒101 - 2340 医療機関所在地 東京都中央区〇〇-〇〇-〇〇 △△ビル1階 医療機関の名称 ○〇〇病院 医師の氏名 健康 五郎 印 電話 03 局 (□□□□) □□□□ 番					

〔被保険者の注意事項〕

発病又は負傷の原因

いつ（〇〇年〇月〇日午前〇時）、どこで（自宅の庭で）、何を（薪を）、どうしているうち（割っているうち）、なにが（薪の）
どういふふうになって（破片が飛んで）、どこを（顔を）、どうした（裂傷した）というようにくわしく記載して下さい。

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

同一の疾病又は負傷及びこれによって発した疾病により、障害年金、障害手当金を受けている又は受けることができるときに
記入するとともに障害年金該当者は障害年金証書の写、支給開始並びに直近の額を証する書類を、障害手当金の該当者は
その支給額を証する書類を添付してください。

傷病が第三者の行為によるものであるとき

傷病が第三者の行為によるものであるときは、「第三者行為による傷病(死)届」を作って、この請求書に添付して下さい。

〔事業主の注意事項〕

被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明を要しません。

支給金額は交通費を含めた金額の記入をお願いします。

〔医師の注意事項〕

傷病の主症状および経過概要

労務不能と認めた期間中における主症状および経過、治療内容、検査結果等、詳しく記載して下さい。

〔支払について〕

給与が支給される方は給与にてお支払します。

退職により給与が支給されない方は月末にご指定の口座にお振込みします。

〔その他共通する注意事項〕

訂正したところは、訂正印を押して下さい。

印はハッキリと押し、印洩れのないようにして下さい。