

記入例

常務理事	事務長	係

傷病手当金請求書・同意書

(第 回)

同意書

ナイガイ健康保険組合 理事長 殿

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、ナイガイ健康保険組合が関係機関に対して、健康保険加入記録・保険給付記録・療養の給付記録・診療記録・年金等の法令に定める照会を行うこと、また、関係機関がナイガイ健康保険組合の照会に対し回答をすること、及びナイガイ健康保険組合が関係機関の回答に基づき、傷病手当金の支給決定を行うことに同意いたします。

※関係機関とは、前加入保険者、医療機関等です。

直筆しない場合は

押印して下さい

令和 年 月 日

被保険者氏名 **ナイガイ 太郎**

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	○ - ○○○		被 保 険 者 の 氏 名	ナイガイ 太郎		② 業 務 の 種 別	営業	
	③ 事 業 所 の 名 称 及 び 所 在 地	名 称	(株)ナイガイ		所 在 地	東京都港区赤坂 7-8-5			
	④ 生 年 月 日	○年 ○月 ○日	被 保 険 者 の 住 所		東京都○○区○○2-2-2				
	⑥ 老 人 保 健 法 の 医 療 を 受 け た と き	市 町 村 番 号			受 給 者 番 号				
	⑦ 介 護 保 険 の サ ー ビ ス を 受 け た と き	保 険 者 番 号			被 保 険 者 番 号				
	⑧ 発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	○年 ○月 ○日		⑨ 傷 病 名	左鎖骨骨折				
	⑩ 発 病 又 は 負 傷 の 原 因	テニス中に転倒。左肩部強打し、鎖骨を骨折。○/○初 診。鎖骨を固定、安静とし、固定後もリハビリが必要。					⑪ 第三者行為によるものですか いいえ ・ はい		
	⑫ 労 務 に 服 従 し 難 かった 期 間	○年 ○月 ○日から ○年 ○月 ○日まで		○○日間					
	⑬ 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 と き 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 受けることができる報酬額		円 円				
	⑭ 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	(ア) 年 金 の 種 別	障害年金・障害手当金		(イ) 年 金 額	(ウ) 年 金 の 支 給 事 由 と な っ た 傷 病 名			
			(エ) 年 金 を 受 け る こ と と な っ た 年 月 日	年 月 日		(オ) 障 害 年 金 を 受 け て い る 場 合 は 基 礎 年 金 番 号 ・ 年 金 コード			
	⑮ 任 意 継 続 被 保 険 者 の 方	(ア) 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 (イ) 老 齢 (退 職) 年 金 の 名 称 (ウ) 基 礎 年 金 番 号 及 び 年 金 額 (エ) 受 給 年 月 日 (オ) 年 金 額					はい・請求中・いいえ		
					月 日		円		
					月 日		円		
				年 月 日		円			
				(カ) 年 金 の 合 計 額		円			
⑯ 振 込 希 望 の 銀 行	金庫 銀行 組合		支店		1.普通 口座番号 () 2.当座 口座名義 ()				

受付日付印

従業員は 原則 給与振込です。

(給与振込の場合は、記入不要です)

事業主が証明するところ	⑮ 労務に服さなかった期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間																																		
	年 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																														計	出勤		有給	
	年 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																															日		日	
	上記の期間中 の分として支払う報酬関係	(7) 全額支給した場合、又は支給する場合		年 月 日から 年 月 日まで		日間		金 (月 日支払)		日額金		円																									
		(4) 一部支給した場合、又は支給する場合		年 月 日から 年 月 日まで		日間		金 (月 日支払)		日額金		円																									
(7) 現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨																																					
⑯ 上記とおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業主 住所氏名 医師が記入する欄 電話 局 () 番																																					

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑰ 傷病名		〇〇〇		⑱ 発病または負傷の原因		〇〇〇					
	⑲ 発病または負傷の年月日		〇年 〇月 〇日		⑳ 療養の給付を開始した年月日		〇年 〇月 〇日					
	㉑ 労務不能と認めた期間		〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで		〇日間		㉒ 診療実日数 〇日間					
	㉓ 傷病の主症状および経過概要											
	㉔ 上記の期間中に入院をした期間がある場合はその期間		年 月 日から 年 月 日まで		日間		入院の費用の別 健自 保費 公費 その他					
㉕ 上記とおり相違ありません。 〇年 〇月 〇日 住所(所在地) 東京都〇〇区〇〇1-1-1 医師 医療機関名 〇〇クリニック 氏 名 〇〇 〇〇〇 電話 〇〇 局 (〇〇) 〇〇 番												

受取代理人の欄	⑳ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 〇年 〇月 〇日 被保険者の住所 東京都〇〇区〇〇2-2-2 (請求者) 氏名 ナイガイ 太郎 代理人の住所 氏名		代理人(事業主等) の振込希望機関名	
	㉑ 振込希望の金融機関名		金庫 銀行 組合 支店 1.普通 口座番号 () 2.当座 口座名義 ()	

