

記入例

常務理事	事務長	係

傷病手当金請求書・同意書

(第 回目)

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・年金等他の法令に基づく照会を行うこと、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は、前加入保険者、医療機関とともに同意いたします。

※関係機関とは、前加入保険者、医療機関

直筆しない場合は

押印して下さい

令和〇年〇月〇日

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	〇 - 〇〇〇		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	株式会社ナイガイ		所在地	東京都港区赤坂 7-8-5			
	④ 生年月日	〇年〇月〇日	被保険者の住所		東京都〇〇区〇〇2-2-2				
	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			発行 機関名	
	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			保険者 名称	
	⑧ 発病又は負傷の 年月日	〇年〇月〇日		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。〇/〇初 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 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい		
	⑫ 労務に服することが 出来なかった期間	〇〇年〇月〇日から 〇〇年〇月〇日まで					〇〇日間		
	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	〇〇年〇月〇日から 〇〇年〇月〇日まで					〇〇日間		
	⑭ 障害年金、障害手 当金を受けている とき、又は受け ができるとき	⑦ 年金の種別	障害年金・障害手当金	⑧ 年金額		⑨ 年金の支給 事由となっ た傷病名			
		⑩ 年金を受ける こととなった 年月日	年月日	⑪ 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	⑦ 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	
		⑧ 老齢(退職) 年金の名称	⑨ 基礎年金番号及び年 金支給年月日	⑩ 年金額	⑪ 年金額				
					月	日	円		
					月	日	円		
					年	月	円		
				力	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 2.当座	口座番号() 口座名義()					

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)

受付日付印

事業主が証明するところ	⑯ 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
	⑰ 上記の期間中の分として支払う報酬関係	(ア) 全額支給した場合、又は支給する場合	年 月	日から	年 月	日間	金 (月)	円 日支払	日額	金 円	
		(イ) 一部支給した場合、又は支給する場合	年 月	日から	年 月	日間	金 (月)	円 日支払	日額	金 円	
		(ウ) 現在までにも又、将来も支給しない場合は、その旨									
	⑲ 上記とおり相違ないことを証明します。										
	事業主 住所 氏名		年 月 日								
			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	㉑ 傷病名	○○○			㉒ 発病または負傷の原因	○○○			
	㉓ 発病または負傷の年月日	○年 ○月 ○日			㉔ 療養の給付を開始した年月日	○年 ○月 ○日			
	㉕ 労務不能と認めた期間	○年 ○月	○日から	○日まで	○日間	㉖ 診療実日数	○日間		
	㉗ 傷病の主症状状および経過概要								
	㉘ 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	健保	公費
							自費	・	その他
		上記とおり相違ありません。							
	㉙	○年 ○月 ○日							
	住所(所在地) 医師 氏名 医療機関名 名	東京都○○区○○1-1-1 ○○クリニック ○○ ○○○							
			電話 ○○ 局 (○○) ○○ 番						

受取代理人の欄	㉚ 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。									
	○年 ○月 ○日									
	被保険者の (請求者)	住所	東京都○○区○○2-2-2 ナイガイ 太郎							
代理人の	住所	代理人(事業主等) の振込希望機関名								
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()						
㉛										

