

支 払 額		円					
支給 内訳	法定 付加	円 円	常務理事	事務長	会計	扱者	
支給 期間	令和 年 月 日 ~						
	令和 年 月 日						
支 給 開 始 年 月 日		平均標準報酬月額	平均標準報酬日額		取得	年 月 日	
令和 年 月 日		円	円		喪失	年 月 日	

野村證券健康保険組合殿

傷病手当金・傷病手当金付加金 請 求 書 (第 回目)
延長傷病手当金付加金

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	記 号						被保険者 の氏名			
	被 保 険 者 の 現 住 所	〒						電 話 ()			
	事業所の名称							生年 月 日	昭和 平成	年	月 日
	被保険者資格 取 得 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者の 業務の種別		営 業	事 務	そ の 他	
	発 病 また は 負 傷 年 月 日	平成 令和	年	月	日	傷病名					
	発 病 の 状 態 または負傷の 原因を詳しく										
	労務に服することが出来な かった期間（申請期間）	令和	年	月	日	から	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とき は、その報酬額及び期間	令和	年	月	日	から	日間				
	障害年金・障害手当金・ 老齢年金の受給について	受給している ・ 請求中 ・ 受給していない									
	受給している、または 請求中であるのは 年金額 円	要因と なった 傷病名	[]	・	[]	・	---				
労災保険から休業補償給付 について	受給している ・ 請求中 ・ 受給していない										
受給している、または請求中 の場合、支給元（請求先）の労 働基準監督署	労働基準監督署										

令和 年 月 日提出

<振込先>

銀行コード	銀行 信金	支店コード	支店 出張所
普通 当座	口座番号	フリガナ	
		口座氏名	

<注意事項>
・ 傷病が第三者の行為によるものであるときは、別途「第三者行為による傷病届」を添付してください。
・ 給付金の受領方を他人に委任する場合及び給付金を直接受領する見込のある場合は、それぞれ該当の欄に記入してください。

被保険者の氏名	
---------	--

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和 令和	年 年	月 月	日 日	から まで	日間	
	上記の期間中 の分として 支払う報酬関係 *1	ア. 全額支給した場合又は支給する場合	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	金 (日額	円 (円)
		イ. 一部支給した場合又は支給する場合	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	金 (日額	円 (円)
		ウ. 現在までも又将来も支給しない場合はその旨						
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住所 事業主 氏名 電話 ()							

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名 (労務不能の原因となった傷病すべて)									
	発病又は負傷の原因									
	発病又は負傷の年月日	平成 令和	年	月	日	療養の給付を開始した年月日*2	平成 令和	年	月	日
	労務不能と認めた期間	令和 令和	年	月	日から 日まで	日間	診療実日数 (0日は不可)	日間		
	傷病の主症状及び経過概要*3									
	上記の期間中に入院した期間がある場合はその期間	令和 令和	年	月	日から 日まで	日間	入院の 費用の別	健保 自費	公費 その他	
		上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住所(所在地) 療養担当医師 医療機関名 氏名 電話 ()								

<注意事項>

- *1 「全部支給」又は「一部支給」とは一日あたりの全部又は一部の意味です。
ア. とイ. にわたるときは、両欄のそれぞれの事柄を記載してください。
ウ. の欄は「現在までもまた将来も支給しない」と記載してください。
- *2は初診日でなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日を記載してください。
- *3はなるべく詳しく記載してください。特に手術した場合は手術の名称と手術の年月日を記載してください。
- 被保険者資格喪失後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明は必要ありません。
- 期間の計算は、両端入れて計算してください。たとえば6月13日から6月19日までは7日間となります。

<事業主の方および療養担当者(医師等)の方へ>
ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正印(又は証明者の氏名(サイン))をご記入ください。