

支払額	円					
支給内訳	法定	円				
	付加	円				
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		

野村証券健康保険組合殿

傷病手当金・傷病手当金付加金
延長傷病手当金付加金 請求書 (第 回目)

マイナンバーではなく、「資格情報のお知らせ」に記載の記号・番号を記入

被 保 険 者	被保険者等 記号・番号	記号 番号	3 3 〇 × 1 1 1 × × × ×	被保険者 の氏名	〇村 〇郎	
	被保険者の 現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇-〇-〇			電話	〇 × × (〇 〇 〇) × × × ×
險 者	事業所の名称	野村証券(株)			生年 月日	昭和 〇年〇月〇日 平成
	被保険者資格 取得年月日	昭和 平成 令和	〇年4月1日		被保険者の 業務の種別	〇営業 〇事務 〇その他
が	発病または 負傷年月日	平成 令和	〇年3月10日		傷病名	〇脳梗塞
	発病の状態 または負傷の 原因を詳しく	〇突然手足に力が入らなくなり、緊急搬送された。				
入 す	労務に服することが出来な かった期間(申請期間)	令和 〇年5月1日 令和 〇年5月31日	から 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ときは、 その報酬額及び期間	令和 年 月 日 令和 年 月 日	から まで			日間 円
る こ ろ	障害年金・障害手当金・ 老齢年金の受給について	〇受給している		〇請求中	〇受給していない	
	受給している、または 請求中であるのは 年金額 1,585,000 円	〇障害年金	〇障害手当金	〇老齢年金		
る	労災保険から休業補償給付 について	〇受給している		〇請求中	〇受給していない	
	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 〇年 〇月 〇日提出

いずれかに必ず〇をして
ください。受給してい
ない場合は「受給してい
ない」に〇をしてください。

いずれかに必ず〇をして
ください。受給してい
ない場合は「受給してい
ない」に〇をしてくだ

<振込先>

銀行コード	〇〇	銀行	支店コード	××	支店
〇〇〇〇	〇〇	信金	〇〇〇		出張所
普通	口座番号	フリガナ	マルムラ マルロウ		
当座	1 1 1 〇 〇 〇 〇	口座氏名	〇村 〇郎		

<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 ○村 ○郎

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 5月 1日 から				31 日間
		令和 ○年 5月 31日 まで				
	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 ○年 月 日から	令和 ○年 月 日まで	金 (日額) 円	の分として (月 日支払)
		イ. 一部支給した場合又は支給する場合	令和 ○年 月 日から	令和 ○年 月 日まで	金 (日額) 円	の分として (月 日支払)
ウ. 現在までも又は将来も支給しない場合はその旨		現在までもまた将来も支給しない。				
上記のとおり相違ないことを証明します。						
令和 ○年 6月 11日						
住所		事業主が証明				
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)	脳梗塞				
	発病又は負傷の原因	不明				
	発病又は負傷の年月日	平成 ○年 3月 10日 令和 ○年 3月 10日	療養の給付を開始した年月日*2	平成 ○年 3月 10日 令和 ○年 3月 10日		
	労務不能と認められた期間	令和 ○年 5月 1日 から 令和 ○年 5月 31日 まで	31 日間	診療実日数	31 日間	
	傷病の主症状及び経過概要*3	緊急手術を行い、現在は右半身に麻痺が残っており、当面は労務不能。				
	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 ○年 5月 1日 から 令和 ○年 5月 31日 まで	31 日間	入院の費用の別	健保 公費 自費 その他	
	上記のとおり相違ありません。					
	令和 ○年 6月 10日					
住所(所在地)		○×市○○町○-○-○				
療養担当医師氏名		○×市民病院 ○山×郎				
電話 045(○○)○○○○						

<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。