

SAMPLE

支 払 額	円	常務理事	事務長	会計	扱者	
支給 法定 内訳 付加	円					
支給 令和 年 月 日 ~ 期間 令和 年 月 日						
支給開始年月日	平均標準報酬月額	平均標準報酬月額	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

Enter the symbol and number described in the "Notice of Credentials" instead of the My

Health Insurance		Name of Insured Person	請求書 (第 回目)	
被保険者が言ふところ	被保険者等記号	記号 3 3 ○ ×	被保険者の氏名 ○村 Telephone Number	
	Address	番号 1 1 1 × × × ×	電話 ○○○○) × × ×	
	被保険者の現住	〒 ○○○-○○○○ 町○一〇一〇 Business Entity	Date of Birth ○年○月○日	
	事業所の名称	野村證券(株)	月日 平成 ○年○月○日	
	保険者資格 取得年月日	昭和 年月日 ○年 4 月 1 日	皮保険者の業務の種別 営業 東京 その他	
	発病または負傷年月日	平成 ○年 3 月 10 日	傷病名 脳梗塞	
	発病の状態 または負傷の原因を詳しく	Cause of Illness or Injury (where,how) 天然予定に力が入らなくなり、緊急搬送された。		
	業務に服することが出来なかった期間(申請期間)	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 年 月 日 まで	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	障害年金	障害手当金	老齢年金	
年金額	要因となつた傷病名 [脳梗塞]	[]	---	
1,585,000 円	※受給中の方…年金証書および年金振込通知書の写しを添付 ※請求中の方…年金証書および年金振込通知書が到着次第、写しを添付			
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	
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> Health-insurance benefit payee					
銀行コード 0000	Bank ○○	銀行 信金	支店コード 000	Branch × ×	支店 出張所
普通 当座	口座番号 1 1 1 0 0 0 0	Account number	フリガナ 口座氏名	マルムラ ○村	マルロウ ○郎
			Bank account name		

〈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。
- ・労災保険から休業補償給付を受給している或いは請求中の方は、別途「誓約書」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	労務に服さなかつた期間	令和〇年5月1日から 令和〇年5月31日まで	31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 年 月 日から 令和 年 月 日まで の分として (月 日支払) 金 (日額 円)
		イ・一部支給する場合	令和 年 月 日から 金 (日額 円)
		ウ・現在までも又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。 令和〇年6月11日		
	事業主	住所 氏名 電話	事業主が証明

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	Get certification from a doctor.		
	発病又は負傷の原因	不明			
	発病又は負傷の年月日	平成〇年3月10日 令和〇年3月10日	療養の給付を開始した年月日*2	平成〇年3月10日 令和〇年3月10日	
	労務不能と認めた期間	令和〇年5月1日 令和〇年5月31日	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	令和〇年5月1日から 令和〇年5月31日まで	31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。 令和〇年6月10日				
	療養担当医師	住所(所在地) 医療機関名 氏名	〇×市〇〇町〇-〇-〇 〇×市民病院 〇山×郎		
			電話 045(〇〇〇)〇〇〇〇		

<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、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。

- ① Date of Disqualification (Day after resignation date, etc.)
- ② Check one Business type of Insured Person
Sales : 営業 Desk work : 事務 Others : その他
- ③ Period during which it was not possible to work (application period)
- ④ The remuneration amount and period if you received full or partial remuneration for the above period or were capable of receiving this remuneration
- ⑤ Circle a response to indicate whether you are receiving a disability pension, disability allowance, or old age pension.
I am receiving a pension or allowance. / I am currently filing a claim. /
I am not receiving a pension or allowance.
- ⑥ If you receive a pension or allowance or currently filing a claim.
Pension amount(JPY)
- ⑦ If you receive a pension or allowance or currently filing a claim, circle the response that applies.
Disability pension / Disability allowance / Old age pension
Enter the name of the corresponding injury or sickness between the square brackets [].
* If receiving a pension or allowance: Attach a copy of your pension certificate and pension transfer notice.
* If currently filing a claim: Attach a copy of your pension certificate and pension transfer notice as soon as they are available.
- ⑧ Circle a response to indicate whether you are receiving Leave compensation benefits for workers' accident compensation insurance or not.
I am receiving Leave compensation benefits. /
I am currently filing a claim. /
I am not receiving Leave compensation benefits.
- ⑨ If you are receiving or claiming, the name of the Labor Standards Inspection Office.
- ⑩ Notes
- Regarding *1, payment in full and partial payment respectively refer to the full and partial payment per day. When filling out fields 7 and 1, state the circumstances for each. For field 6, state that you have not paid until now and will not pay in the future.
 - For *2, do not state the date of the first visit. Instead, state the date when you started receiving medical care for the injury or sickness by using health insurance.
 - Fill out *3 in as much detail as possible. In particular, if you had surgery, state the name and date of the surgery.
 - In the case of a claim during the period following the loss of eligibility as an insured person, employer certification is not necessary.
 - When calculating the period, include both the first and last dates. For example, the period from June 13 to 19 is seven days.

< For employers and persons in charge of medical treatment (doctors, etc.) >

If you would like to make a correction, please delete the correction with a double line and write the correct information and the correction seal (or the name (signature) of the certifier).