

支払額	円					
支給内訳	法定	円	常務理事	事務長	会計	扱者
	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		

野村證券健康保険組合殿

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

傷病手当金・傷病手当金付加
延長傷病手当金付加金

請求書

(第 回目)

Health Insurance		Name of Insured Person		Telephone Number	
被保険者等 記号	3 3 〇 ×	被保険者 の氏名	〇村		
被保険者の 現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 町 〇-〇-〇	電話番号	〇〇〇〇) × × × ×		
事業所の名称	野村證券(株)	Date of Birth	〇年〇月〇日		
保険者資格 取得年月日	昭和 〇年4月1日 平成 〇年4月1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 〇年3月10日 令和 〇年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) 突然手足に力がなくなり、緊急搬送された。				
業務に服することが出来な った期間(申請期間)	令和 〇年 5 月 1 日 から	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 〇年 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	障害年金 ・ 障害手当金 ・ 老齢年金				
年金額 1,585,000 円	要因とな った傷 病名 [脳梗塞] ・ [] ・ ---				
	※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				
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

<振込先> Health-insurance benefit payee

銀行コード 〇〇〇〇	Bank 〇〇	銀行 信金	支店コード 〇〇〇	Branch × ×	支店 出張所
普通 当座	口座番号 1 1 1 〇〇〇〇	Account number	フリガナ マルムラ マルロウ	口座氏名 〇村 〇郎	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	労務に服さなかった期間	令和 ○ 年 5 月 1 日 から 令和 ○ 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 (日額 円) の分として (月 日支払)
		イ. 一部支給する場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (日額 円) の分として (月 日支払)
		ウ. 現在までも将来も支給しない場合はその旨	現在までも将来も支給しない。
	上記のとおり相違ないことを証明します。		
事業主住所	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	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 ○ 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。				
療養担当医師住所(所在地)	○×市○○町○-○-○			
療養担当医師医療機関名	○×市民病院			
療養担当医師氏名	○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 ア and イ, state the circumstances for each. For field ウ, 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).