

提出先：被保険者 → ニチレイビジネスパートナーズ → ニチレイ健康保険組合

支給額	円	ニチレイ健康保険組合 検印欄			受付印
		常務理事	事務長	係	
支給期間	自	年	月	日	日間
	至	年	月	日	

傷病手当金請求書 (第 1 回)

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	1010 - 0001		被保険者の 業務の内容	事務職		
	事業所の名称	ニチレイフーズ 船橋工場					
	発病又は負傷の 年月日	23 年 9 月 1 日		傷病名	大腿骨頸部骨折		
	発病又は 負傷の原因	平成23年9月1日午前6時頃、家の階段を下りている時に踏み外し骨折した。					
	労務に服することが 出来なかった期間	23 年 9 月 1 日 から		23 年 9 月 30 日 まで	30 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 時はその報酬額及び期間	年 月 日 から		年 月 日 まで	日間		
		受けた報酬額		円			
		受けることができる報酬額		円			
	障害年金、障害手 当金を受けている とき、又は受ける ことができるとき	年金の種類	障害年金・障害手当金		年金額	年金の支給事 由となった傷病 名	
		年金を受けることと なった年月日	年 月 日	障害年金を受けている場合は障 害年金証書の記号番号			
振込希望の銀行	ご本人名義の振込先をご記入下さい。(給与が支給される方は給与払のため不要)						
	銀行		支店	フリガナ			
	口座番号			口座名義			
上記のとおり請求します				23 年 10 月 8 日			
〒 101-2345							
住所		東京都中央区〇〇1-2-3					
被保険者の 氏名		日冷 花子		印			
ニチレイ健康保険組合理事長 殿							

傷病手当金は、1ヵ月ごとに医師の証明をいただき請求をしてください。

記入方法については、記入例および注意事項をご覧ください。

〔添付書類〕 出勤管理簿(写)、賃金台帳

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	23年9月1日から23年9月30日まで30日間																		
	上記の内、報酬支払対象となった期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間																		
	支払状況	支給金額 円 (月 日支払) 日 額 円																		
		【傷病が出産に関わる場合】																		
	分娩予定日	年	月	日	分娩日	年	月	日												
労務に服さなかった期間中の休業月日 ○印：出勤 △印：有給 休：休日 無印：欠勤	9月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	出勤	有給
		18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	0日	0日			
上記のとおり相違ないことを証明します。												23年10月10日								
〒104 - 8402																				
住所 東京都中央区築地6-19-20																				
氏名 株式会社 ニチレイフーズ												印								

療養を担当した医師が意見を書くところ (楷書にて記載)	傷病名	大腿骨頸部骨折				発病または負傷の原因	右足強打								
	発病または負傷の年月日	23年9月1日				療養の給付を開始した年月日	23年9月1日								
	労務不能と認められた期間	23年9月1日から 23年9月30日まで				30日間	診療実日数	20日間							
	傷病の主症状および経過概要	右足を骨折し、9/1初診。 大腿骨バンドで右足大腿骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。													
	上記のとおり相違ないことを証明します。												23年10月2日		
〒101 - 2340															
医療機関所在地 東京都中央区〇〇-〇〇-〇〇 △△ビル1階															
医療機関の名称 〇〇〇病院															
医師の氏名 健康 五郎												印			
電話 03 局 (□□□□) □□□□ 番															

[被保険者の注意事項]

発病又は負傷の原因

いつ（〇〇年〇月〇日午前〇時）、どこで（自宅の庭で）、何を（薪を）、どうしているうち（割っているうち）、なにが（薪の）
どういふふうになって（破片が飛んで）、どこを（顔を）、どうした（裂傷した）というようにくわしく記載して下さい。

障害年金、障害手当金を受けているとき、又は受けることができるとき

同一の疾病又は負傷及びこれによって発した疾病により、障害年金、障害手当金を受けている又は受けることができるときに記入
するとともに障害年金該当者は障害年金証書の写、支給開始並びに直近の額を証する書類を、障害手当金の該当者はその支給額を
証する書類を添付してください。

傷病が第三者の行為によるものであるとき

傷病が第三者の行為によるものであるときは、「第三者行為による傷病(死)届」を作って、この請求書に添付して下さい。

[事業主の注意事項]

被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明を要しません。

[医師の注意事項]

傷病の主症状および経過概要

労務不能と認めた期間中における主症状および経過、治療内容、検査結果等、詳しく記載して下さい。

[支払について]

給与が支給される方は給与にてお支払します

退職により給与が支給されない方は月末にご指定の口座にお振込みします。

[その他共通する注意事項]

訂正したところは、各記載者の氏名のわきに押した印と同じ印を訂正印として押して下さい。

印はハッキリと押し、印洩れのないようにして下さい。