

支給決定 令和 年 月 日 決定					
傷病支給期間		日額	日数	支給額	
自 月 日	法 2/3 円		×	円	
至 月 日	付 2/15 円		×	円	
報酬支給期間	(減額)		×	円	
支給開始年月日	年 月 日	合計額		円	
疾病番号		付加給付はR03.10.01廃止 (R03.09.30請求期間分まで支給)			

承認	常務理事	事務長	担当
備考			

ニコン健康保険組合理事長殿

太線内を記入後、事業主(所属会社の人事や総務部門)にご提出ください。

傷病手当金 請求書										(第 回 目)	
被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者氏名				保険証 記号		番号				
	発病・負傷年月日			<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		待 期		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	労務に服することが できなかった期間 (欠勤および有給休暇)			自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		日 間		第三者行為に よるものですか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	傷 病 名				発病の状態 負傷の原因						
	記載傷病による労働者災害 補償保険法等に基づく休業 補償給付等の支給状況確認 (該当にチェック(レ))				<input type="checkbox"/> 給付を受けている <input type="checkbox"/> 給付を受ける予定 <input type="checkbox"/> 給付を受けていない		休業補償給付の名称		受給金額(月)		
	・障害年金・障害手当金・老齢 退職年金等の給付状況確認 (該当にチェック(レ))				<input type="checkbox"/> 給付を受けている <input type="checkbox"/> 給付を受ける予定 <input type="checkbox"/> 給付を受けていない		年金の種類(名称)		証 書 番 号	障害の傷病名	
	委 任 状				私は事業主を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を委任します。 令和 年 月 日 署名						
	確 認 (口にチェック(○))				この届出は、申請者本人(被保険者)が記入(入力)し作成したものである。						
	事 業 主 の 証 明 欄	労務に服さなかった期間			自 令和 年 月 日		日 間				
					至 令和 年 月 日						
上記期間中で 欠勤した期間または 有給休暇をとった期間 (勤務実績表の提出もお願いします)			欠勤		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
			有給		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
上記欠勤期間中報酬の全部 又は一部を支給し 又は支給すべきものである ときはその額及び期間			円		自 令和 年 月 日		日 間				
			円		自 令和 年 月 日		日 間				
上記のとおり証明する 所在地 _____											
令和 年 月 日 事業主名 _____											
代表者名 _____											
確 認 (口にチェック(○)) この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 <input type="checkbox"/> ① 申請者本人(被保険者)が作成し事業主に提出したものである。 <input type="checkbox"/> ② 記載内容について誤り、記入漏れがないか事業主が確認している。											

意見書

(傷病手当金に要す)

被保険者氏名		保険証	記号		番号				
傷病名									
発病又は負傷の年月日	平成 令和	年	月	日	療養を開始した年月日	平成 令和	年	月	日
発病又は負傷の原因									
労務不能と認めた期間 (意見日以前の期間であること)	令和	年	月	日から	日間	診療 実日数		日	
	令和	年	月	日まで					
労務不能である状況が どのようなものであるか 傷病の主症状および 経過概要について	この期間の身体状況 _____								

	前回又は前月の症状との比較 _____								

上記期間中 病院に入院した期間	令和	年	月	日から	} 日間				
	令和	年	月	日まで					
支給決定上の 参考事項	_____								

上記のとおり意見する

令和 年 月 日

医療機関の所在地

名 称

電話

医師の
氏名を記載

ニコン健康保険組合 理事長 殿