

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 ¥	×	¥	
至 月 日 付	2/15 ¥	×	¥	
報酬支給期間	(減額)	×	¥	
支給開始年月日	年 月 日	合計額	¥	

承認	常務理事	事務長	担当
備考			

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)

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。

<b>傷病手当金 請求書</b>				(第 回目)	
被保険者氏名	<b>而今 健保</b>		保険証 記号	3	番号 99999
発病・負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 5年7月9日	<input checked="" type="checkbox"/> 令和 5年7月9日	待期	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 5年7月10日	至 令和 5年10月31日	114 日間	第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
傷病名	椎間板ヘルニア 腰部脊柱管狭窄症		発病の状態 負傷の原因	7月9日の朝、腰に激しい痛みが 起こり歩行も困難になり受診した	
記載傷病による労働者災害補償保険(労災)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	休業補償給付の名称	受給金額(月) 円		
	<input type="checkbox"/> 給付を受ける予定	労災 療養補償給付	受給開始年月日	※受給の場合、書類の提出が必要になります	
・障害年金・障害手当金・老齢退職年金(年金)付状況確認(該当にチェック(レ))	<input type="checkbox"/> 給付を受けている	年金の種類(名称)	証書番号	障害の傷病名	
	<input type="checkbox"/> 給付を受ける予定	障害年金など	受給開始年月日	年金額(年) 円	
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 5年 11月 10日 署名 <b>自筆(被保険者の氏名)</b>				
確認(口にチェック(○))	<input checked="" type="radio"/>	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いたします)	欠勤	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間
	有給	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間
上記欠勤期間中報酬の全部又は一部を支給すべきものがあるときはその額及び期間	金額	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間
	期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間
上記のとおり証明する	人事や総務などが必要事項を記載(証明)し ニコン健保へ提出(送付)します		
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。		

ニコン 健保 使用 欄

この欄は事業主(会社)が記載します  
被保険者の記入欄に記載後は  
人事や総務などの担当部門へ提出してください  
人事や総務などが必要事項を記載(証明)し  
ニコン健保へ提出(送付)します

# 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	意見書は担当の医師が記載します					
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
発病又は負傷の原因	意見を病院に提出し発行・証明の お願いをしてください					
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
	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 傷病の経過概要について	この期間の身体状況 _____					
	意見日より未来の日付の記載は 無効となります					
	前回又は前月の症状との比較 _____					
	(意見日までの日付での取り扱いとなります)					
	今回又は今月の治療状況 _____					
	_____					
	_____					
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 意見日						
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						