

記入例

Table with 3 columns: 常務理事, 事務長, 係

傷病手当金請求書・同意書

(第 回 目)

同意書

ナイガイ健康保険組合 理事長 殿

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、ナイガイ健康保険組合が関係機関に対して、健康保険加入記録・保険給付記録・療養の給付記録・診療記録・年金等の法令に...等の照会を行うこと、また、関係機関がナイガイ健康保険組合の照会に対し回答をすること、及びナイガイ健康保険組合の同意をいたします。

※関係機関とは、前加入保険者、医療機関

直筆しない場合は
押印して下さい

令和 〇 年 〇 月 〇 日

被保険者氏名 ナイガイ 太郎

Main form with 16 numbered sections for insurance details, injury information, and payment preferences.

従業員は原則 給与振込です。
(給与振込の場合は、記入不要です)

受付日付印

事業主が証明するところ	⑱ 労務に服さなかった期	年	月	日から	年	月	日まで	日間																												
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	出勤	有給
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日	日
	⑲ 上記の期間中の分として支払う報酬関係	(7) 全額支給した場合、又は支給する場合	年	月	日から	年	月	日まで	日間	金	円	日額	円																							
(4) 一部支給した場合、又は支給する場合	年	月	日から	年	月	日まで	日間	金	円	日額	円																									
(9) 現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨																																				
⑳	上記とおり相違ないことを証明します。											年	月	日																						
事業主 住所氏名	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 医師が記入する欄 </div>											電話	局 ()	番																						

療養を担当した医師が意見を書くところ	㉑ 傷病名	〇〇〇	㉒ 発病または負傷の原因	〇〇〇								
	㉓ 発病または負傷の年月日	〇年 〇月 〇日	㉔ 療養の給付を開始した年月日	〇年 〇月 〇日								
	㉕ 労務不能と認められた期間	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで	〇日間	㉖ 診療実日数	〇日間							
	㉗ 傷病の主症状および経過概要											
	㉘ 上記の期間中に入院をした期間がある場合はその期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	入院の費用の別	健自 保費 公費 其他							
	㉙	上記とおり相違ありません。										
住所(所在地)	東京都〇〇区〇〇1-1-1											
医師 医療機関名氏名	〇〇クリニック 〇〇 〇〇〇											
電話	〇〇 局 (〇〇) 〇〇 番											

受取代理人の欄	㉚	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 〇年 〇月 〇日										
	被保険者の住所(請求者) 氏名	東京都〇〇区〇〇2-2-2 ナイガイ 太郎										
代理人の住所 氏名												
⑳ 振込希望の金融機関名	金庫	銀行	支店	1.普通	口座番号 ()							
	組合			2.当座	口座名義 ()							

代理人(事業主等)
の振込希望機関名

