

受付年月日	年 月 日	決 裁			
同年月日	年 月 日	理事長	常務理事	事務長	担当者
決裁年月日	年 月 日				

傷病手当金支給申請書 (第 1 回目)

(1) 被保険者等 記号・番号	記号 <u>00</u> 番号 <u>1111</u>	(2) 被保険者の 業務の内容	一般事務		
(3) 事業所の名称 及び所在地	名称 <u>〇〇〇株式会社</u> <u>〇〇営業所</u>	所在地	東京都中央区新川〇-〇-〇 (TEL) 03-0000-1111		
(4) 資格を取得 した年月日	平成30年 4月 1日	(5) 発病又は負傷の年月日	令和6年 11月 1日		
(6) 傷病名及び 発病又は負傷 の原因	(傷病名) <u>腰椎圧迫骨折</u> (原因) <u>家の中で滑って転倒し負傷した。</u>				
(7) 労務に服する ことができな かった期間	令和6年 11月 1日 から		30日間		
(8) 上記期間の報酬 の全部又は一部 を受けた(受け ることができる) とき、その報酬 額及び期間	年 月 日 から		日間 円 円		
(9)-1 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	(ア) 年金の種類 (該当する方に○)	障害年金・障害手当金	(イ) 年金額	円	(ウ) 傷病名
	(エ) 年金受給 開始年月日	年 月 日	(オ) 障害年金証書 の記号番号		
(9)-2 資格喪失者 および 任意継続被保険者	(カ) 雇用保険(失業保険)を受給していますか		はい・請求中・ <u>いいえ</u>		
	(キ) 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか		はい・請求中・ <u>いいえ</u>		
	(ク) 上記(キ)で「はい」に○をした方は、下記(ケ)(コ)もご記入ください。				
	(ケ) 基礎年金番号 年金コード		(コ) 年金額	円	
(10) 振込口座	給与口座 (任意継続被保険者の方は、振込ご指定口座)				
(11) 備 考					
(12) 上記のとおり申請します。	令和6年 12月 1日 〒000-0000 (被保険者)住所: 東京都中央区新川△-△△-△△ (TEL) 03-2222-3333 氏名: <u>健保 太郎</u> (印) 日本NCR健康保険組合 理事長 殿				

事業主 証明 欄	(13) 労務に服さなかった 期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間	
	(14) 労務に服さなかった期間中の賃金の支払状況について(ア)、(イ)のいずれかに○をつけてください。 (ア) 現在までも将来も支給しない。 (イ) 全部支給又は一部支給した(する)。※下記にその内訳を記入してください。				
	支給対象期間		支給額	日額	
	年 月 日～	年 月 日 日間	円	円	
	年 月 日～	年 月 日 日間	円	円	
事業主 証明 欄	(15) 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 (事業主) 所在地: 名 称: 代表者名: 印				

療養 を 担 当 し た 医 師 の 証 明 欄	(16) 傷 病 名				
	(17) 発病又は負傷 の原因				
	(18) 発病又は負傷 の年月日	年 月 日	(19) 療養の給付 開始年月日 (初診日)		
	(20) 労務不能と 認められた期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間	(21) 診療実日数
	(22) 入院した期間	主治医に記入していただき、人事担当者にご提出ください。 ※診断書とは異なり、未来日の証明はできません。経過した 期間について主治医から証明を受けてください。			日間
	(23) 傷病の主症状 及び経過概要				
療養 を 担 当 し た 医 師 の 証 明 欄	(24) 症状経過からみて 従来の職種について 労務不能と認められ た医学的な所見				
	(25) 人工透析を実施 又は人工臓器を 装着したとき	人工透析開始日又は人工臓器装着日	年 月 日		
	人工臓器等の種類	ア. 人工肛門 イ. 人工関節 ウ. 人工骨髄 エ. 心臓ペースメーカー オ. 人工透析 カ. その他 ()			
療養 を 担 当 し た 医 師 の 証 明 欄	(26) 上記のとおり相違ありません。 年 月 日 医療機関の所在地: (TEL) 医療機関の名称: 医師の氏名: 印				