

傷病手当金・傷病手当付加金請求書（第 回目）

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	記号 番号				
	② 資格を取得し た年月日	平成	年	月	日	
	③ 発病又は負傷 の年月日	平成	年	月	日	
	④ 傷病名					
	⑤ 発病又は 負傷の原因					
	⑥ 業務の種別					
	⑦ 労務に服することが できなかった期間	平成	年	月	日から	日間
		平成	年	月	日まで	
	⑧ 上記期間に報酬を受 けた場合、 または今後受けられ る場合	平成	年	月	日から	日間
		平成	年	月	日まで	
		受けた報酬			円	
		受けることができる報酬額			円	
	⑨ 障害厚生年金または 障害手当金を受給し ていますか	いいえ				
	はい* 下記⑦～⑩を全てご記入ください					
	⑦ 年金種別	⑧ 年金額	⑨ 年金の支給事由 となった傷病名	⑩ 年金の支給 開始年月日	⑪ 基礎年金番号	
	障害厚生年金 障害手当金			平成 年 月 日		
⑩ 今回の請求は労災 保険から休業補償 給付を受けた期間 のものですか	いいえ					
	はい*	支給元労働基準監督署名	労働基準監督署			
	労災請求中	請求先労働基準監督署名	労働基準監督署			
⑪ 振込希望の 銀行	銀行	支店	普通 当座	口座番号	口座名義（カタカナ）	
⑫	上記のとおり請求します。平成 年 月 日					
	被保険者の 住所					
	氏名					
	ノバルティス 健康保険組合理事長 殿 ⑫					
⑬ 備考						

* はいの方は内容を証明できる書類のコピーを本請求書と一緒にご提出ください。
被保険者証の記号番号を記入した場合は備考欄へのマイナンバーの記入は不要です。

健保受付日付印

事業主が証明するところ	⑭ 労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	
	⑮ 上記の期間中の分として支払う報酬関係	⑯ 全額支給した場合、又は支給する場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	の分として 金 円 [日額 金 円] (月 日支払)
		⑰ 一部支給した場合、又は支給する場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	の分として 金 円 [日額 金 円] (月 日支払)
		⑱ 現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨		
	⑲ 上記のとおり相違ないことを証明します。	平成 年 月 日		
住所 事業主 名称 氏名		⑳		
電話 局 () 番				

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑲ 傷 病 名			⑳ 発病又は負傷の原因		
	㉑ 発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日		㉒ 療養の給付を開始した年月日	平成 年 月 日	
	㉓ 労務不能と認めた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	㉔ 診療実日数	日間	
	㉕ 傷病の主症状および経過概要					
	㉖ 上記のとおり相違ありません。	平成 年 月 日				
医療機関住所 医療機関名称 医 師 名		㉗				
電話 局 () 番						

委任状	㉘ 本請求に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	平成 年 月 日	
	被保険者の 住所 氏名	㉙	
	代理人の 住所 名称 氏名	㉚	