支給決議書			支給額		円
常務理事	事務長	係	支給内訳	傷病手当金	円
				傷病手当金付加金	円
			支給期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間
資格取得	昭･平･令　年　月　日				
資格喪失	令和　年　月　日		標準報酬月額および日額	千円	円
支給開始日	令和　年　月　日		備考		
前回 始	令和　年　月　日				
前回 終	令和　年　月　日				

計算式
傷病手当金　円　×2/3　×　日＝　円

傷病手当金付加金　円　×0.10　×　日＝　円

上記は記入しないでください。

傷病手当金・傷病手当金付加金請求書　（第 1 回）

令和　X 年　X 月　X 日請求

この申請書を提出するにあたり、個人情報保護法による利用目的を理解し、個人情報の第三者提供に同意します。
訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）

日本無線健康保険組合　御中

被保険者が記入するところ

被保険者証の記号と番号	記号	1010	被保険者の氏名	健保　太郎	
	番号	99999			
委任状	私は、事業主を代理人と定め、請求した傷病手当金・傷病手当金付加金の受領に関し、事業主に委任します。				
被保険者の住所	〒 ○○○－○○○○ ○○県○○市○○町 1-2-3				
会社名および所属	日本無線株式会社		業務の種別	事務職	
発病または負傷の年月日	令和　X 年 X 月 X 日		傷病名	骨折	
発病または負傷の原因（詳しく）	（発病：わからなければ「不詳」と書いてください） 負傷：サッカーで足を骨折		第三者行為によるものですか いいえ・はい（別紙届出必要）		
労務に服することができなかった期間	令和 X 年 9 月 7 日から 令和 X 年 9 月 30 日まで	24 日間	＊待期期間の３日間も労務不能であることが必要。初回申請の際は、医師が労務不能と認めた起算日以降、連続した待期期間３日間終了確認後、4 日目以降の日を記載すること。		
障害年金、障害手当金を受けているとき、または受けることができるとき	年金の種別	障害年金・障害手当金	年金額		年金支給事由傷病名
	年金を受けることになった年月日	平･令　年　月　日	基礎年金番号・年金コード（障害年金受給者）		
資格喪失・任意継続被保険者の方	老齢または退職を事由とする公的年金を受給しているとき				
	年金の名称	基礎年金番号・年金コード	受給年月日	金額	
			令和　年　月　日		
上記の期間中、報酬の全部または一部を受けたときまたは受け得るときはその報酬額および期間。 期間　令和 X 年 X 月 X 日から　令和 X 年 X 月 X 日まで　2 日間			金額	12,000 円	

＊待期期間の３日間も労務不能であることが必要。初回申請の際は、医師が労務不能と認めた起算日以降、連続した待期期間３日間終了確認後、4日目以降の日を記載すること(本作成例は初回申請)。

事業主が証明・確認するところ	労務に服さなかった期間		令和 X 年 9 月 7 日から 令和 X 年 9 月 30日まで　24 日間 第１回請求時における上記期間は、連続した３日の待期期間終了後、４日目からの日付が記入されていますか？ はい ・ いいえ
	上記期間中、報酬の全部または一部を支給しましたか、支給したときの期間および金額	期　間	令和 X 年 X月 X日から 令和 X 年 X月 X日まで　2 日間
		金　額	12,000 円
	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 X 年 X 月 X 日 事業所名称 所　在　地　事業主の証明 事業主氏名		

療養を担当した医師の意見	傷病名	右足関節骨折		
	発病または負傷の年月日	令和 X年 X月 X日	療養の給付を開始した年月日	令和 X年 X月 X日
	発病または負傷の原因	サッカーのプレー中に転倒し、骨折した		
	労務不能と認めた期間	令和 X年 9 月 4 日から 令和 X年 9 月 30日まで　27 日間	診療実日数	3 日間
	傷病の主症状および経過概要	骨折により歩行不能状態となり、関節に転位(ずれ)がみられるため 手術により骨を固定。 経過は順調。		
	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 X 年 10 月 3 日 医療機関の所在地 医療機関の名称　医師の証明 医師の氏名			

＊医師証明日は、「労務不能と認めた期間」の最終日以降に診療を受けた日の証明日を記載

※労務不能期間中、診療実日数が０日間は認められません。

<table>
<tr><td rowspan="2">①給付金振込先の確認</td><td>給付金の受取方法についての確認（任意継続被保険者、退職後の継続給付対象者のみ）

■1.在職中（給付金の受領を事業主へ委任します）

□2.任意継続被保険者として、日無健保に加入中

□3.令和　　年　　月　　日退職（退職後の継続給付対象者）</td><td rowspan="2">②任意継続被保険者・退職後の継続給付対象者の口座</td><td>コード番号</td><td>（金融機関コード）</td><td>（店番コード）</td></tr>
<tr><td>金融機関名称</td><td>銀行　金庫
信組
その他（　　）</td><td>本店　支店
出張所</td></tr>
<tr><td rowspan="2">上記で「2」・「3」に該当する方は②をご記入ください</td><td>預金種別</td><td>普通　口座番号 □□□□□□□（右づめ）</td></tr>
<tr><td>口座名義人</td><td>▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点、半濁点は1文字としてご記入ください。）
◆被保険者名義の口座に限る
□□□□□□□□□□□□□□□
□□□□□□□□□□□□□□□</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>公金受取口座</td><td>※口座の確認ができない場合、別途申請書の提出に伴い、給付の遅延が発生します。利用の場合は下記に☑。（上記の欄に記入がある場合は、上記口座に振込いたします）
□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。</td></tr>
</table>

【事業主確認欄】（確認後に、□に✓をしてください）

☑ 本請求書（届出書）の提出に当たり、被保険者及び関係者が正しく記載し、記載内容に誤りがないことを確認しました。また、誤りがある場合は、正しく訂正されていることを確認しました。