NXグループ健康保険組合　理事長殿

提出：A3用紙

傷病手当金請求書　　第（　　回目）

常務理事	ﾕﾆｯﾄﾘｰﾀﾞｰ	シニアリーダー	リーダー	係

※請求回数は事業主で管理し、正確に記入してください。

※必要とする「添付書類」は、**請求者の状況に応じて、追加で提出いただく場合があります。**予めご承知おきください。

※所属事務所の総務（健保担当）経由で提出して下さい。（任意継続被保険者は初回は事業主経由、2回目以降は健保組合へ直接提出）

被保険者記入欄

※提出書類については、別紙**「傷病手当金請求書に必要な書類」**をご確認ください。

被保険者等 記号−番号	―	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
被保険者の氏名		業務の種別	□事務系　□技能系
		退職者の場合：その種別	□任意継続被保険者　□左記以外
事業所の名称		所属	

※退職者の方（★任意継続者の方は不要））は、①現在の**「健康保険組合の名称」、「記号・番号」がわかる書類（写し）**　②傷病手当金の請求月に該当する 診療費及び、調剤費の領収書写し　③傷病手当金の請求月に該当する**「診療明細書及び、調剤明細書」の写し**　を添付ください。

傷病名 及び 症状	傷病名	症状（具体的）
発症又は負傷の 年・月・日	平成 ・ 令和　　年　　月　　日(頃)	（本請求に係る傷病の）発症または、負傷の時期 ※本請求の同一傷病名に限らず、関連すると思われる傷病について記載。 NXグループ健保への　□加入前　□加入後

※上記 発症または、負傷の年月日が、NXグループ健保に加入される以前の方は、以下の質問に回答の上、必要な書類をご提出ください。

傷病手当金の 前健保での受給有無	□受給あり　□受給なし	※受給あり　の方については、 **「以前に加入の健保組合における加入状況・傷病手当金受給状況」**をご提出ください。

※傷病手当金の請求をする方は、**"医師の診断書(写し)"及び、"給付に関する同意書"、"誓約書"** を添付してください。

※**"医師の診断書(写し)"**につきましては傷病手当金初回請求時に添付のものを毎回添付してください。

傷病の種類	□ケガ　　□病気 ※傷病名がケガの場合は、別紙「負傷原因届」をご提出ください。
労務に服することができなかった期間	**令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日まで　　日間**
療養のため 休んだ期間の 療養状況	**※療養状況をこの欄に記入の上、「傷病手当金申請に係る療養状況等について」**をご提出ください。 （Ⓐについては、全員が毎回提出。／　精神疾患を理由とする方に限っては、3回目以降の請求時、ⒶとⒷの双方を提出。） 療養中の症状 日常生活の不都合(心身) 主治医からの指示・注意事項 服薬状況（薬の名前・頻度・指示通り服薬しているか）

第三者の行為によるものか	□はい　□いいえ	→ 該当の場合は、「第三者行為による傷病届」を添付ください。
労災によるものか	□はい　□いいえ　□労災請求中	→ 「はい」又は**「労災請求中」**の場合は、原則、支給対象外となります。
業務時間中に起因する事由にもかかわらず、労災申請をしない場合、その理由を記載ください。	労災申請をしないと判断した理由を教えてください。	

労務不能期間中の報酬	□受けた　□受けない
	（支給対象期間）　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日まで
	（支給を受けた金額）　　円

被保険者記入欄

上記以外の報酬	□受けた　□受けない	
①　種別 （通勤手当）	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日までの分 として 金　　円	
②　種別 （　　）	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日までの分 として 金　　円	
③　種別 （　　）	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日までの分 として 金　　円	

※年金裁定中の方は、①年金事務所からの**「受付票（写し）日付け印のあるもの」**を添付してください。

※年金受給中の方は、①**「年金証書（両面写し）」、および、②「年金額改定通知書（両面写し）」等** を添付してください。

障害厚生年金 （手当金）の受給状況	□受給中 or 受給済　□受けていない □請求（裁定）中	傷病名 受給金額（年額）　円
老齢厚生年金等の受給状況	□受給中　□受けていない　□請求（裁定）中	受給金額（年額）　円

※傷病手当金受給期間中は雇用保険（失業給付）の申請はできません。

（健康保険からの傷病手当金受給の事実を隠して、雇用保険（失業給付）を申請あるいは受給した場合は「不正受給」として処罰の対象となります。）

※雇用保険(失業給付)の受給期間を延長した場合は、「受給期間延長通知書（写し）」を添付ください。

雇用保険（失業保険）の受給の有無	□受給期間を延長した （　　年　　月　　日から）	□受給しない その理由（　　）

上記の通り請求します。なお本金額の受領を事業主に委任します。

〒　　ー　　年　　月　　日

住所

氏名　　電話

NXグループ健保記入欄

整理番号	
日数	年　月　日　～　年　月　日 （　　日間）
支給額	円　X　日　円 円　X　日　円 円　X　日　円 円　X　日　円 **支給計**　円
資格取得年月日	年　月　日
資格喪失年月日	年　月　日
平均標準報酬月額	円
最終支給期限（見込み）	年　月　日
初診日	年　月　日

主 治 医 の 意 見 書

※被保険者が代筆することは不正行為にあたります。

傷病名	(1)		(3)	
	(2)		(4)	
発病又は負傷の原因				
発病又は負傷の年月日	年 月 日		診療開始日	年 月 日
労務不能と認めた期間	年 月 日 ～ 年 月 日 日間		左記期間における入院期間	年 月 日 ～ 年 月 日 日間

＜注意事項＞
※診療日を〇で囲んでください。 証明期間は『最大31日まで』となります。 それを超える場合には、2回に分けて証明してください。

診療実日数（入院＋外来の合計）	合計（必須） 日	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
		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

傷病の主症状及び経過概要

できるだけくわしくご記入ください。

①症状・経過について

③治療内容及び、療養指導等

③「労務不能である」と判断された医学的な理由をお教え下さい。

※診療実日数が0日の場合は、その理由も記入して下さい。

復職見込み時期 □令和 年 月頃 □ 現時点では未定

復職の見込みが未定の場合、障害厚生年金の受給基準に達しているか否かについてお知らせください。

障害厚生年金の受給基準について、現時点で、 □達している □ 達していない

上記内容に相違ないことを証明する。

〒 ー 証明日 年 月 日

住所

医療機関名称 医師名（自著）

電話

事 業 主 証 明 欄

※傷病手当金請求月に係る「出勤簿（写し）」を添付ください。（★退職者の方は不要）
※労働災害の疑いがあると健保が判断した場合、 事業主を通じて労働基準監督署に労災該当の有無を確認をしていただき、その結果を報告していただくことがあります。
（いつ、誰が、〇〇労基署の誰（役職、氏名）に相談をして、どのような指導を受けたのか）

労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 まで （ 日間）	
上記期間中の報酬（年休手当など）	□支給した □支給していない	
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日までの分として 金 円	
上記以外の報酬	□支給した □支給していない	
① 種別（ 通 勤 手 当 ）	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日までの分として 金 円	
② 種別（ ）	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日までの分として 金 円	
③ 種別（ ）	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日までの分として 金 円	

上記内容に相違ないことを証明する。

証明日 年 月 日

事業所 名称

事業主 氏名

ＮＸグループ健康保険組合

＜注意＞
※こちらのページ（「主治医の意見書」欄、「事業主証明」欄）は、請求者（被保険者）は記入不要です。
無断で記入訂正した場合、受付不可となります。