給付支給決定並びに支出伺					伺年月日	
常務理事	事務長	担当者	支給額	円	決裁年月日	
					取得年月日	・　・
					喪失年月日	・　・
支給期間	自 令和　年　月　日～至 令和　年　月　日　日間				日額	円
不支給期間	自 令和　年　月　日～至 令和　年　月　日　日間				全部　・　一部	

【依頼事項】被保険者記号・番号は必ず記入のうえ提出をお願いいたします。
（マイナポータルもしくは「資格情報のお知らせ」で確認してください）

傷病手当金・延長傷病手当金付加金請求書　〔第　　回目〕

ナブテスコグループ健康保険組合　理事長　殿　　令和　年　月　日請求

被保険者が記入するところ

被保険者記号－番号	―	被保険者氏名	
事業所名		被保険者住所	〒
資格取得日			
照会などの同意	私は、本手当金の支給に際し、貴健康保険組合が必要に応じ、担当医、事業主、年金事務所または他の関係する保険者等に必要な情報を提示すること、および照会することに同意します。 また、この請求書の写しを提示することも同意します。	被保険者氏名（必ず自筆ください）	
療養のために休んだ期間（請求期間）	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間		
発病負傷年月日	年　月　日	傷病名	
発病負傷の原因及び日時場所	※傷病の原因が「ケガ」または「第三者行為」の場合は、別途書類が必要ですので健保組合に連絡してください。		

確認事項　**A～D の全てに必ずご回答ください**
□には番号、記入項目について漏れのないようにお願いいたします

A
上記請求期間中に報酬を受けましたか　□
① いいえ
② はい
③ と答えた場合 →　令和　年　月　日から
令和　年　月　日までの分¥

B
障害厚生年金・障害手当金を受給していますか　□
① いいえ
② はい　（年金額　円）
③ 請求中
②または③と答えた場合 →　傷病名（　）
※③は傷病名・基礎年金番号のみご記入ください　基礎年金番号（　）年金コード（　）
支給開始年月日（　年　月　日）
◆添付書類：障害厚生年金：証書・給付額、支給開始日を証明する書類、直近の年金額改定通知書の各写し

C
老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか　□
① いいえ
② はい　（年金額　円）
③ 請求中
②または③と答えた場合 →　基礎年金番号（　）年金コード（　）
※③は基礎年金番号のみご記入ください
支給開始年月日（　年　月　日）
◆添付書類：老齢退職厚生年金：証書・給付額、支給開始日を証明する書類、直近の年金額改定通知書の各写し

D
労災保険の休業補償給付について　□
① 請求の意思はありません
② 請求予定・請求中
③ 受給中➡**添付書類：休業補償給付支給決定通知書（両面）の写し**

◎　訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。
※　被保険者記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考	

事業主が証明するところ

労務に服さなかった期間		令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間
上記期間中の報酬	全額支給の場合	令和　年　月　日から 令和　年　月　日までの分　日額　¥
	一部支給の場合	令和　年　月　日から 令和　年　月　日までの分　日額　¥
	支給しない場合	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日　事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

療養担当医師の意見を記入するところ

傷病名			
発病負傷の原因			
発病負傷の年月日	令和　年　月　日	療養の給付を開始した年月日	令和　年　月　日
労務不能と認めた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	左記期間の診療実日数	日間
傷病の主症状及び経過概要			
労務可能見込年月日	令和　年　月　日		

上記のとおり相違ありません。

令和　年　月　日　医療機関住所
医療機関名称
医師名

委任状	委任事項	この給付の（住所） 受領方を　（氏名）　印　に委任する 令和　年　月　日 （被保険者）　印
振込先		銀行　支店　当座・普通　番号

――受付日付印――