

【被保険者の注意事項】

●●●●被保険者等記号と番号は、「マイナンバー」資格情報のお知らせによる傷病届書の健康保険証の添付が必要です。年金受給者証の写し等を添付してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号と番号	記号	被保険者名 (請求者)		
		番号	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	被保険者の 現住所	〒 TEL ( )			
	事業所 の名称 (勤務先)				
	資格取得の 年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者の 業務種別	※審査の際に必要となります。(例)営業・販売等
	発病または 負傷の年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	傷病名	
	発病または 負傷の原因				第三者行為によるものですか いいえ はい
	傷病または負傷の療養 をするため休んだ期間	令和 令和	年 月 日から 年 月 日まで	日間	
	障害厚生年金または障害手当金 を受給していますか	年金証書の基礎年金番号		障害厚生年金または障害手当金の 受給の原因となった傷病名	
	いいえ・請求中・はい	(支給開始日 平成・令和 年 月)			
任意継続喪失 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ますか		いいえ・請求中・はい		
	年金の種類及び基礎年金番号		年金額		
			円		
			円		
	年金の合計額		円		
同意書	<p>傷病手当金の請求にあたり、東京ニトファッション健康保険組合が医療機関および療養担当医師等に受診および療養状況等について照会を行い、また当該者が照会に対し回答することに同意いたします。</p> <p>あわせて、以前加入していた保険者へ被保険者資格記録および給付記録等について照会を行い、また該当保険者照会に対し回答することに同意いたします。</p> <p>令和 年 月 日 被保険者氏名 _____</p> <p><b>適正な審査のため、同意していただきますようお願いいたします。</b> この同意書の記載がない場合でも審査は行いますが、審査の過程で必要な場合は再度依頼することがあります。 また、再依頼に対して提出がない場合は不支給決定となることもありますのでご了承ください。</p>				

被 保 険 者 の 個 人 口 座	銀行名	
	店番・支店名	
	種類	普通・当座
	口座番号 (右詰め)	.....
	フリガナ	
	口座名義	

※ 請求者が資格喪失している場合及び任継者は、個人口座へ振込みますので、上記の欄に記入してください。(委任状は不要です)

※ ゆうちょ銀行の場合には、店番「**通帳の記号5桁**」支店名「**漢数字の3文字**」、口座番号「**通帳の番号8桁**」を記入してください。

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	
	令和 年 月 日	
	住所	
	被保険者 (請求者) 氏名	
	住所	
	受領代理人 氏名	

※ 受領代理人は、必ず事業所の受領代理人を記入してください。

受付日付印

社会保険労務士 提出代行者の印
--------------------

記号・番号		被保険者名 (請求者)	
-------	--	----------------	--

※被保険者(請求者)が記入してください。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間	円	月 日	日支払 円			
	場報う 合酬え 、をの ま全期 また部 は・中 支一の 給部 す支分 る給と 場しし 合たて	(自)	年	月	日(至)	年	月	日	日間	円	月 日	日支払 円
		(自)	年	月	日(至)	年	月	日	日間	円	月 日	日支払 円
		(自)	年	月	日(至)	年	月	日	日間	円	月 日	日支払 円
		(自)	年	月	日(至)	年	月	日	日間	円	月 日	日支払 円
	給与の締切日 支払日、計算期間	毎月	日締切	日支払	交通費の支払	有	無					
	現在までも、また 将来も支給しない 場合は、その理由											
うえのとおり相違ないことを証明します。												
事業所所在地 名称 事業主氏名 TEL ( )												

〔事業主の注意事項〕  
2. 1. 被保険者の資格を喪失した後の期間にかかるとは、一日当りの賃金

請求期間に該当する出勤簿・賃金台帳の写しを添付してください。

賃金の支払がある場合は、支給金額または欠勤控除の計算方法を写しに記入してください。

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名																	
	発病または負傷の原因																	
	発病または負傷の年月日	平成 令和	年	月	日	診療開始日 (療養の給付開始年月日)	平成 令和	年	月	日								
	労務不能と認められた期間	令和 令和	年	月	日から 日まで	日間	療養費用の別	健保 自費	公費 その他									
	うえの期間中に入院したときはその期間	令和 令和	年	月	日から 日まで	日間	診療実日数 (入院期間を含む)	日										
	診療(外来)日を○で囲んでください	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 および 経過概要	(1) うえの期間中における主たる症状および経過(できるだけ詳しくご記入ください)																
(2) (1)による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																		
今後治療を要する期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	年	ヶ月							
うえのとおり相違ありません。																		
住所(所在地) 医師医療機関名 氏名 TEL ( )																		

備考	
----	--