

【被保険者の  
注意事項】

● 年金を受給している場合は、療養状況等について医療機関や医師等に照会する必要があります。  
● 年金受給者証の写し等を添付してください。  
● 傷病手当金の請求書（健康保険証）の添付は、必ず必要のない場合があります。  
● 被保険者等が、マイナポータル「資格情報のお知らせ」による傷病届のある場合（健康保険証）の添付は、必ず必要のない場合があります。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号と番号	記号 9999	被保険者名 (請求者)	健保 一郎	
		番号 99999	生年月日	昭和・平成 1年 7月 1日	
	被保険者の 現住所	〒 103-0001 東京都中央区〇〇〇1-1-1		TEL	03 (9999) 〇〇〇〇
	事業所 の名称 (勤務先)	株式会社〇〇商事			
	資格取得の 年月日	昭和 平成 令和	30年 4月 1日	被保険者の 業務種別	販売
	発病または 負傷の年月日	昭和 平成 令和	2年 4月 1日	傷病名	心筋梗塞
	発病または 負傷の原因	不詳			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	2年 4月 2年 4月	1日から 30日まで	30 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	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。 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、また当該保険者照会に対し回答することに同意いたします。 令和 2年 5月 15日 被保険者氏名 健保 一郎 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。 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でもありますのでご了承ください。				

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 2年 5月 15日	
	被保険者 (請求者)	住所 東京都中央区〇〇〇1-1-1 氏名 健保 一郎
	受領代理人	住所 東京都中央区〇〇〇5-5-5 氏名 会社 太郎

※ 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	999-99999	被保険者名 (請求者)	健保 一郎
-------	-----------	----------------	-------

※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 2年 4月 1日から 令和 2年 4月 30日まで	30 日間	
	場報う 合酬え 、の ま全 た部 は・中 支一 の 給部 す支 分 る給 場し 合た	(自) 年 月 日(至) 年 月 日 日間	円	
		(自) 年 月 日(至) 年 月 日 日間	円	
		(自) 年 月 日(至) 年 月 日 日間	円	
		(自) 年 月 日(至) 年 月 日 日間	円	
	給与の締切日 支払日、計算期間	毎月 末 日締切 4 月 1 日から 4 月 30 日まで	翌20 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	労務に服していないため		
うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 2年 6月 1日 事業所所在地 東京都中央区〇〇〇5-5-5 名 称 株式会社 事業主氏名 会社 太郎 TEL 03 (8888) 〇〇〇〇				

【事業主の注意事項】  
2. 1. とき被保は事業主の証明を要しません。との期間にかかる請求である  
「全部支給」または「一部支給」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	心筋梗塞																																																																																																															
	発 病 また は 負 傷 の 原 因	不詳																																																																																																															
	発病または負傷の年月日	平成 令和 2年 4月 1日	診 療 開 始 日 (療養の給付開始年月日)	平成 令和 2年 4月 1日																																																																																																													
	労務不能と認められた期間	令和 2年 4月 1日から 令和 2年 4月 30日まで	30 日間	療養費用の別	健保	公費																																																																																																											
	うえの期間中に入院したときはその期間	令和 2年 4月 1日から 令和 2年 4月 10日まで	10 日間	診療実日数 (入院期間を含む)	11 日																																																																																																												
	診療(外来)日を○で囲んでください	<table border="1"> <tr> <td>4 月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td> </tr> <tr> <td></td> <td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td> </tr> <tr> <td></td> <td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td> </tr> <tr> <td></td> <td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> </table>													4 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	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
	4 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																																																																																																	
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) 胸部の痛みを主訴に来院 入院・手術をし、経過良好 (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 術後のため、自宅療養が必要なため																																																																																																																
今後治療を要する期間	令和 2年 5月 1日 ~ 令和 2年 12月 31日																																																																																																																
うえのとおり相違ありません。 令和 2年 5月 1日 住所(所在地) 東京都中央区〇〇〇2-2-2 医師 医療機関名 健保総合病院 氏 名 医師 花子 TEL 03 (5656) 〇〇〇〇																																																																																																																	

備考	
----	--