

被保険者記入欄	被保険者証 記号 番号		被保険者氏名	事業所名称 業務内容	年 月 日生	
	被保険者の住所					〒 ー 電話 ( )
	傷病名		発病の状態 負傷の原因 (詳しく記入)			
	療養のため 休んだ期間 (公休年休含む)		年 月 日から ( 日間) 年 月 日まで	発病または 発症年月日		年 月 日
	年金・手当金 受給状況		<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> いいえ 受給原因となった傷病名 年額 <input type="checkbox"/> 障害手当金 を受給していますか <input type="checkbox"/> 請求中 ⇒ ( ) 円 <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> はい			
	受取方法		私は事業主を代理人と定め、本申請書の給付金受領に関する権限を委任します。また、代理受領された給付金より事業主が租税公課等を控除することに同意します。 被保険者氏名 (印)			
在籍中の方		銀行名	支店名	口座名義(カナ)	種別	口座番号
退職後の方 (任意継続者は記入不要)					普通当座	

療養を担当した医師の意見欄	傷病名		発病(負傷)の原因	
	療養給付開始年月日	年 月 日	発病(負傷)の年月日	年 月 日
	⑦労務不能と認められた期間	年 月 日から ( 日間) 年 月 日まで	⑦の期間中の診療実日数	日間
	⑦の期間のうち入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで	転帰	年 月 日 治癒・継続・中止・転医
	⑦の期間中における「主な症状および経過」 「治療内容、検査結果、投薬内容、療養指導等」 症状経過からみて労務不能と認められた医学的な所見		記載のとおり相違ありません。 年 月 日 医療機関の所在地 名称 医師の氏名 電話 ( ) (印)	

事業主の証明欄	④労務不能と認められた期間 (年休・公休を含む)	年 月 日から ( 日間) 年 月 日まで	左記のとおり相違ありません。 年 月 日
	上記のうち報酬を支払わなかった期間	年 月 日から ( 日間) 年 月 日まで	事業所の所在地 名称 代表者名
	私傷病見舞金等支給状況および支給期間	<input type="checkbox"/> 支給実績あり⇒傷病名 ( ) <input type="checkbox"/> 支給実績なし 年 月 日から ( 日間) 年 月 日まで	電話 ( ) (印)

<健保組合記入欄>

標準報酬	日額	日数	支給期間	支給金額
円	円	日	年 月 日～ 年 月 日	円

受付日

常務理事	事務長	担当者

日産化学健康保険組合

※医師等の意見記入日は、労務不能と認められた期間以降の日付であることを要します。