

被保険者（請求者）記入用

健康保険傷病手当金請求書(第 回)

|  |  |   |                                       |
|--|--|---|---------------------------------------|
| 健康保険証の<br>記号・番号  | 記<br>号<br>番<br>号   | 事業所の名称  |                                       |
| 資格取得<br>年月日  | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日  | 生 年 日<br>月 日  | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日               |
| 業務の<br>種 別   |  |   |                                       |
| 傷病名  | 発病又は負傷年月日  |   | 平成<br>令和<br>年 月 日                     |
| 発病の状態又は負<br>傷の原因   | 第三者行為によ<br>るものですか  |   | はい・いいえ                                |
| 傷病又は負傷の<br>療養をするため<br>休んだ期間  | 年 月 日<br>から<br>年 月 日<br>日まで<br>日間  | 左記期間中において報酬の<br>全部又は一部を受けたとき<br>又は受けるときその<br>報酬の額及び期間 | 年 月 日<br>から<br>年 月 日<br>まで<br>の分として 円 |
| 介護保険法サービ<br>スを受けたとき  | 保 険 者 番 号  | 被 保 険 者 番 号   | 保 険 者 名 称                             |
| 障害厚生年金・<br>障害手当金<br>受給の有無  | 有<br>無<br>請求中  | 支 給 開 始 年 月 日<br>平成<br>令和<br>年 月 日                    | 年金証書の<br>記 号 番 号                      |
| 受給原因となった傷病名  | 受 給 金 額  |   |                                       |
| 任意継続被保<br>険者・資格喪失<br>者の方   | 老 齡 又 は 退 職 を 支 給 事 由 と する 公 的 年 金 受 給 の 有 無   | 有・無<br>請求中  | 支 給 開 始 年 月 日<br>平成<br>年 月 日          |
| 年金証書の記号番号  | 年 金 額  |   |                                       |
| 支払金融機関<br>(受取を代理人に委<br>任する場合は委任<br>状も記入)   | 金 融 機 関 名  | 支 店 名   | 預 金 種 別                               |
| 口座番号   | 口座名義(カタカナ)   |   |                                       |
| 普通<br>当座   | カタナ  |   |                                       |
| 委任状  | 被保険者   | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。<br>令和 年 月 日<br>被保険者氏名  |                                       |
|  | 受取代理人<br>(口座名義人)   | 住所  |                                       |
|  |  | Tel(日中連絡先)  |                                       |
| 氏名   |  | 続柄  |                                       |
| 被保険者証の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。<br>(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。) |  |   |                                       |
| 備考欄  |  |   |                                       |
| <input type="checkbox"/>   | 上記記載内容に誤りがないことを確認の上、請求します。<br>令和 年 月 日 郵便番号<br>カネカ健康保険組合理事長 殿 被保険者 住 所<br>(請求者)の 氏 名<br>電話番号 |   |                                       |
| <input type="checkbox"/>   | 本申請書の提出を事業主へ委任します(委任する場合は ✓)。  |   |                                       |

## 健康保険傷病手当金請求書(療養担当者意見書)

【被保険者の方へ】療養担当者（医師等）の意見をうけてください。

【療養担当者の方へ】労務不能と認められた傷病について、主たる症状・経過及び医学的所見のご記入をお願いします。

|  |                                |                         |                |    |  |  |  |
|--|--------------------------------|-------------------------|----------------|----|--|--|--|
| 患者氏名   |                                |                         |                |    |  |  |  |
| 傷病名  | (1)                            | 療養の給付<br>開始年月日<br>(初診日) | (1)平成・令和 年 月 日 |    |  |  |  |
|  | (2)                            |                         | (2)平成・令和 年 月 日 |    |  |  |  |
|  | (3)                            |                         | (3)平成・令和 年 月 日 |    |  |  |  |
| 発病又は負傷年月日  | 平成・令和 年 月 日                    |                         |                |    |  |  |  |
| 発病又は負傷の原因  |                                |                         |                |    |  |  |  |
| 労務不能と認めた期間   | 平成・令和 年 月 日から<br>平成・令和 年 月 日まで | 日間                      | 診療<br>実日数      | 日間 |  |  |  |
| 上記期間中入院した<br>期間がある場合は<br>その期間  | 平成・令和 年 月 日から<br>平成・令和 年 月 日まで | 日間                      |                |    |  |  |  |
| 上記の期間中における<br>「主たる症状及び経過」<br>「治療内容、検査結果、<br>療養指導」等<br>(詳細のご記入をお願いします。) |                                |                         |                |    |  |  |  |
| 症状経過からみて従来<br>の職種について労務不<br>能と認められた医学的<br>な所見                          |                                |                         |                |    |  |  |  |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  |                                |                         |                |    |  |  |  |
| 令和 年 月 日 所在地   |                                |                         |                |    |  |  |  |
| 名称   |                                |                         |                |    |  |  |  |
| 電話番号   |                                |                         |                |    |  |  |  |
| 医師の氏名  |                                |                         |                |    |  |  |  |

※記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消、正しい内容と証明者氏名(サイン)をご記入ください。

健康保険傷病手当金請求書(事業主記入用)

【被保険者の方へ】お勤め先の事業所から証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

【事業主の方へ】労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

第1回目の請求及び請求期間に有休・出勤が含まれる場合は、勤務表・賃金台帳コピーのご提出をお願いします。

|  |                                |   |  |         |         |
|--|--------------------------------|---|--|---------|---------|
| 被保険者氏名   |                                |   |  |         |         |
| 労務に服さなかった期間  | 平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで 日間  |   |  |         |         |
|  | 上記期間において出勤日・有給休暇がある場合          |   |  |         |         |
|  | 出勤日 (平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日) |   | 有給休暇(平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日)   |         |         |
| 上記期間における賃金支給の有無  | 支給なし 支給あり                      |   | 支給なしの場合も、上記期間に対する支給済賃金がある場合は、賃金支給内容・賃金支給状況・賃金計算方法(欠勤控除計算方法)を必ずご記入ください。 |         |         |
| 賃金支給内容   | 給与の種類                          | <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給 |  | 賃金計算    | 締日 日    |
|  |                                | <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他                             |  |         | 支払日 日   |
| 上記期間における賃金支給状況   | 単価                             | ~ 年 月 日   | ~ 年 月 日  | ~ 年 月 日 | ~ 年 月 日 |
|  | 基本給                            |   |  |         |         |
|  | 通勤手当                           |   |  |         |         |
|  | 住居手当                           |   |  |         |         |
|  | 扶養手当                           |   |  |         |         |
|  | 手当                             |   |  |         |         |
|  | 手当                             |   |  |         |         |
| 現物給与   |                                |   |  |         |         |
| 賃金計算方法<br>(欠勤控除計算方法)                                   | 基本給                            |   |  |         |         |
|  | 通勤手当                           |   |  |         |         |
|  | 住居手当                           |   |  |         |         |
|  | 扶養手当                           |   |  |         |         |
|  | 手当                             |   |  |         |         |
|  | 手当                             |   |  |         |         |
| 現物給与   |                                |   |  |         |         |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。<br>令和 年 月 日 所在地<br>事業所 名称<br>事業主氏名 |                                |   |  |         |         |

※記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消、正しい内容と証明者氏名(サイン)をご記入ください。