

## 健康保険 傷病手当金・同付加金 請求書（第 回目）2枚組の1枚目

神戸製鋼所健康保険組合 御中

令和 年 月 日 請求

|                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                              |                                                            |                              |  |                                                      |  |  |  |          |          |               |             |     |   |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|--|--|----------|----------|---------------|-------------|-----|---|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄                                                                                                                                                                                                          | 記号・番号<br>※枝番記入不要                                                                                                                                                                                             |                                                            |                              |  |                                                      |  |  |  |          |          | 被保険者<br>住 所   | 〒           | —   |   |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                          | 事業所名                                                                                                                                                                                                         |                                                            |                              |  |                                                      |  |  |  |          |          |               | 電話          | ( ) | — |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                          | 被保険者<br>(請求人)氏名                                                                                                                                                                                              |                                                            |                              |  |                                                      |  |  |  |          |          |               |             |     |   |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                          | 傷病名                                                                                                                                                                                                          |                                                            |                              |  |                                                      |  |  |  |          |          | 発病又は<br>負傷年月日 | 平成・令和 年 月 日 |     |   |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                          | 療養のために<br>休業した期間<br>(請求期間)                                                                                                                                                                                   | 自： 令和 年 月 日 ～ 至： 令和 年 月 日 日間<br>※上記期間中に請求しない日がある場合はご記入ください |                              |  |                                                      |  |  |  |          |          |               |             |     |   |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                          | 休業期間中の療養状況(詳しく)                                                                                                                                                                                              |                                                            |                              |  |                                                      |  |  |  |          |          |               |             |     |   |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                          | あなたの仕事の内容(具体的に)                                                                                                                                                                                              |                                                            |                              |  |                                                      |  |  |  |          |          |               |             |     |   |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                          | 発病又は負傷の原因(詳しく)                                                                                                                                                                                               |                                                            |                              |  |                                                      |  |  |  |          |          |               |             |     |   |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                          | 発病又は負傷の原因について <input type="checkbox"/> ① 私傷病 <input type="checkbox"/> ② 業務関連・通勤途上 <input type="checkbox"/> ③ 第三者の加害行為                                                                                        |                                                            |                              |  |                                                      |  |  |  |          |          |               |             |     |   |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                          | 発病又は負傷<br>の原因が②の場合、<br>労災保険へ<br>申請を行います<br>か？                                                                                                                                                                |                                                            | <input type="checkbox"/> はい  |  | 労災保険が不支給決定された場合に傷病手当金の対象となります。<br>まずは事業所担当者にご相談ください。 |  |  |  |          |          |               |             |     |   |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                              |                                                            | <input type="checkbox"/> いいえ |  | ※いいえと答えた理由をご記入ください                                   |  |  |  |          |          |               |             |     |   |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                          | 公的年金等の受給状況 <input type="checkbox"/> ①障害年金・手当金 <input type="checkbox"/> ②労災休業補償 <input type="checkbox"/> ③老齢年金 <input type="checkbox"/> ④雇用保険 <input type="checkbox"/> ⑤申請中 ( ) <input type="checkbox"/> ⑥受給無 |                                                            |                              |  |                                                      |  |  |  |          |          |               |             |     |   |  |  |  |  |  |
| 障害年金受給有の場合(※)                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                              |                                                            | 対象傷病名：                       |  |                                                      |  |  |  | 受給額： 円/年 |          |               |             |     |   |  |  |  |  |  |
| ※初回申請時及び受給開始時は「年金証書(写)」を添付してください(受給額変更時はその都度要添付)                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                              |                                                            |                              |  |                                                      |  |  |  |          |          |               |             |     |   |  |  |  |  |  |
| 以下について同意します<br><br>・この給付金の受領を事業主に委任すること（在職者のみ）<br>・この給付金と同一疾病による障害年金、老齢年金（在職老齢年金を除く）等および雇用保険、労災保険を受給した場合は、速やかに傷病手当金等を返還すること<br>・神戸製鋼所健康保険組合が、必要に応じて関係者（保険者、医師、事業主等）に対して審査に必要な情報の照会を行うこと、また関係者がそれに対して回答すること<br><br>令和 年 月 日<br>被保険者氏名（自署） |                                                                                                                                                                                                              |                                                            |                              |  |                                                      |  |  |  |          |          |               |             |     |   |  |  |  |  |  |
| 支<br>払<br>方<br>法                                                                                                                                                                                                                         | ・請求人が当健保の被保険者以外の場合は、ご指定の銀行口座(請求人の名義に限る)に振込みますので、右欄に必要事項を記入してください。<br><br>・請求人が被保険者の場合は給与合算、任意継続被保険者の場合はゆうちょ銀行に振込みます。                                                                                         |                                                            |                              |  |                                                      |  |  |  |          | 銀行名：     |               | 支店名：        |     |   |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                              |                                                            |                              |  |                                                      |  |  |  |          | 普通・当座    |               | 口座番号        |     |   |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                              |                                                            |                              |  |                                                      |  |  |  |          | 名義(ｶﾅﾅ)： |               |             |     |   |  |  |  |  |  |

※給付審査を迅速・適正に行うため、記載内容に不備・記入漏れ等のないようお願いします。  
※意見書交付料の記載された領収書・領収明細書の提出を求める場合があります。予めご了承ください。  
※事業主経由で給与に合算して支払う場合、支払事務のため被保険者名と給付金額を事業主へ連絡します。  
※資格喪失後の継続給付をご請求の方は療養状況等報告書及び雇用保険・年金等の確認書類の写しを添付のうえご提出ください。

## 健康保険組合記入欄

|        |                |          |           |       |
|--------|----------------|----------|-----------|-------|
| 日額     | 支給開始日          | 年 月 日    | 今回支給後の残日数 | 日     |
| 平均日額   | 満了予定日          | 年 月 日    | 支給日       | 年 月 日 |
| 円      | 支給済日数/総支給日数    | / 日      | 伝票番号      |       |
| 2/3    | 法定給付費・傷病手当金    |          | 備考        | 受付印   |
| 円      |                |          |           |       |
| 1/30   | 付加給付費・傷病手当金付加金 |          |           |       |
| 円      |                |          |           |       |
| 支給期間   | 日数             |          |           |       |
| 自： 月 日 | 日間             | 支給決定額 合計 |           |       |
| 至： 月 日 |                |          |           | 円     |
|        |                |          |           | 円     |

## 健康保険 傷病手当金・同付加金 請求書（第 回目） 2枚組の2枚目

神戸製鋼所健康保険組合 御中

令和 年 月 日 請求

|        |                                             |   |            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |                        |           |           |    |    |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |  |
|--------|---------------------------------------------|---|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|------------------------|-----------|-----------|----|----|----|----|-------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|--|--|
| 医師の意見欄 | 患者氏名                                        |   |            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |                        |           |           |    |    |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |  |
|        | 傷病名                                         |   |            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |                        | 発病又は負傷の原因 |           |    |    |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |  |
|        | 今回の請求期間中に<br>労務不能と認めた期間                     |   | 自 令和 年 月 日 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |                        |           | 発病又は負傷年月日 |    |    |    |    | 平成・令和 年 月 日 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |  |
|        |                                             |   | 至 令和 年 月 日 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |                        |           | 初 診 日     |    |    |    |    | 平成・令和 年 月 日 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |  |
|        | 診 療 日                                       | 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 | 計  | 日 |  |  |
|        |                                             | 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 | 計  | 日 |  |  |
|        | 請求期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)： |   |            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |                        |           |           |    |    |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 繰越 |   |  |  |
|        |                                             |   |            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |                        |           |           |    |    |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 治癒 |   |  |  |
|        |                                             |   |            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |                        |           |           |    |    |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 転医 |   |  |  |
|        |                                             |   |            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |                        |           |           |    |    |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 死亡 |   |  |  |
|        |                                             |   |            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |                        |           |           |    |    |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 中止 |    |   |  |  |
| 見 欄    | 症状経過からみて従来の職種について就労不能と認められた医学的な所見：          |   |            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    | 上記の通り相違ありません。 令和 年 月 日 |           |           |    |    |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |  |
|        |                                             |   |            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    | 住 所：                   |           |           |    |    |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |  |
|        |                                             |   |            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    | 医療機関名：                 |           |           |    |    |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |  |
|        |                                             |   |            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    | 医師氏名：                  |           |           |    |    |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |  |

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者のサインをご記入ください。

|         |                                                            |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |                                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---------|------------------------------------------------------------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 事業主の証明欄 | 被保険者氏名                                                     |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |                                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|         | 療養のために休業した期間                                               | 自： 令和 年 月 日 ～ 至： 令和 年 月 日 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |                                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 日間 |    |    |    |    |    |    |    |
|         | 上記期間中の勤務状況<br>日付の下に【出勤は○】【有給休暇は△】【公休は公】【欠勤は×】でそれぞれ表示してください |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |                                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|         | 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 | 出勤 | 有休 |
|         |                                                            |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |                                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 日  | 日  |
|         | 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 | 出勤 | 有休 |
|         |                                                            |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |                                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 日  | 日  |
|         | 上記期間中に報酬の全部、または一部を支給した期間及び金額                               |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    | 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日                                                                                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 円  |    |    |
|         | 現在の状況                                                      |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    | <input type="checkbox"/> 休業継続 <input type="checkbox"/> 復職（令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> 退職（令和 年 月 日） |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|         | 上記の通り相違ありません 令和 年 月 日                                      |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |                                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 事業所所在地  |                                                            |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |                                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 事業所名    |                                                            |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |                                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 事業主名    |                                                            |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |                                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

※事業所担当者様へ 提出前にご確認の上、☑をお願いいたします。

- ☐ 被保険者記入欄に記載漏れ、チェック漏れ、署名漏れがないか確認した
- ☐ 被保険者記入欄の「発病又は負傷の原因」についての回答が②の場合、本人に労災申請の意思がないことを確認した
- ※労災該当に関する事業所の見解をご記入ください。（すでに回答済の場合は記入不要です。）

- ☐ 医師の意見欄に記載漏れがないか、医師の証明期間が請求期間をカバーしているか、医師の証明日が請求期間最終日以降であるかを確認した

- ☐ 事業主証明欄に記載漏れがないかを確認した

事業所担当：