

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 保 険 者 記 入 欄	記号・番号 ※枝番記入不要	1	2	3	番号は右詰めで記入してください※枝番は記入不要				〒 123 - 4567
	事業所名	会社名または事業所名を記入 ケンコウ タロウ							被保険者 住 所 〇〇市〇〇町1-2-3
	被保険者 (請求人)氏名	健康 太郎							
	傷病名	〇▽◇□※医師証明欄の傷病名と同一							発病又は 負傷年月日 平成・令和〇〇 年〇〇月〇〇日
	療養のために 休業した期間 (請求期間)	自： 令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 至： 令和〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇日間 ※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 上記請求期間中に出勤等（出勤に挟まれた公休日含む）で請求しない日がある場合はその日または期間を記入してください							請求期間中に請求しない日（期間）がある場合はその日数は含めないでください
	休業期間中の療養状況（詳しく）	詳しい療養状況を記入してください							
	あなたの仕事の内容（具体的に）	担当している仕事内容について記入してください							
	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詳しく記入してください。原因が分からないときは「不詳」と記入してください。							いずれかにチェック
	発病又は負傷の原因について	□① 私傷病 □② 業務関連・通勤途上 □③ 第三者の加害行為							「はい」か「いいえ」のいずれかにチェックし、「はい」の場合は事業所担当者をご相談ください。「いいえ」の場合はその理由も必ず記入してください。
	発病又は負傷の原因が②の場合、労災保険へ申請を行いますか？	□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。まずは事業所担当者をご相談ください。						
公的年金等の受給状況	□①障害年金・手当金 □②労災休業補償 □③老齢年金 □④雇用保険 □⑤申請中（ ） □⑥受給無							受給額： 円/年	
障害年金受給有の場合（※）	対象傷病名： ←受給している場合は傷病名と金額記入→								
※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 ・この給付金の受領を事業主に委任すること（在職者のみ） ・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 ・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									
ご一読の上、署名をお願いいたします。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 被保険者氏名（自署）									
支払方法	銀行名： 支店名： 普通・当座 口座番号 名義(カタカナ)：								

※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。

注意事項

○給付開始日
私傷病の療養のため会社を連続して3日以上休み（待期期間）、給与の支給が無いときに、4日目より給付されます。
待期期間には有給休暇や公休日を含むことができます。

○休業期間について
この請求書には休業期間に関して、『①本人の請求期間 ②医師が認めた労務不能期間 ③事業主（会社）の療養のために休業した期間』の記入が必要ですが、その期間は原則として同一でなければなりません。
但し②の期間が異なっている場合は、いずれか最短の期間が給付対象期間となります。

○医師の意見欄
医師の意見欄は、記入要件がありますので、一般の診断書で代用することはできません。

○障害年金等との調整
厚生年金保険法による障害年金等受給者は年金受給後第1回目の請求時には必ず年金証書の写しを添付してください。
年金額が変更になった時は必ず、改定通知・支給額変更通知の写しを添付してください。

○資格喪失後の継続給付を請求される方は、HPから療養状況等報告書をダウンロードしていただき、添付書類を添えて請求書と一緒に
お送りください。

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	健康 太郎		
傷病名	○▽◇□	①発病又は負傷の原因	①「発病又は負傷の原因」②「発病又は負傷年月日」③「初診日」④「診療日（診療日数）」を記入してもらってください。
今回の請求期間中に 労務不能と認めた期間	自 令和 ○○年○○月○○日 至 令和 ○○年○○月○○日	②発病又は負傷年月日	平成・令和 ○○年○○月○○日
		③初 診 日	平成・令和 ○○年○○月○○日
④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 2 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 1 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）： ↑上記内容について詳しく記入してもらってください。			繰越 治癒 転医 死亡 中止
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： ↑上記内容について詳しく記入してもらってください。			証明日は請求期間（労務不能期間）の最終日以降に記入してもらってください
上記の通り相違ありません。 令和○○年○○月○○日			
住 所：○○市○○町4－5－6			
医療機関名：□□□□病院			
医師氏名：医師 太郎			

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	健康 太郎																																
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 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 日	有休 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 日	有休 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		□休業継続		□復職（令和 年 月 日）		□退職（令和 年 月 日）																											
上記の通り相違ありません		いずれかにチェック																														令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	
事業所所在地		○○市○○町7－8－9																															
事業所名		▽△▽△株式会社																															
事業主名		代表取締役 □□ ○○																															

※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。）

被保険者記入欄の「発病又は負傷の原因」の回答が②の場合、労災に該当しない理由（事業所としての見解）を記入してください。労災申請確認欄の「はい」にチェックが入っている場合は原則傷病手当金は申請できませんのでご注意ください。

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

不備があった場合や確認事項がある場合、
チェックを担当した方にお問い合わせします。

事業所担当：

2 / 2