傷病手当金・傷病手当付加金請求書　（第　　回目）

カヤバ健康保険組合　理事長様
下記の通り申請します。

年　月　日　申請

同　意　書

私は貴組合に対し、傷病手当金を請求中ですが、この傷病手当金支給決定に際し、必要に応じて事業主、医療機関または他の関係する保険者等に照会することに同意します。

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（署名又は記名押印）

《組合記入欄》この同意書の写しは、被保険者の同意書原本と相違ないことを証明する。

カヤバ健康保険組合　理事長

（注意事項）傷病手当金は、休業中の生活を支えるため、給与の代わりとしてお支払いする手当金ですので、ひと月毎に分けて請求をお願いします。

被保険者が記入するところ

①被保険者証の記号・番号			②被保険者の業務種別	
③事業所の名称及び所在地	名称		所在地	〒
④資格を取得した年月日	年　月　日		⑤標準報酬月額	０００円
⑥老人保健法の医療を受けたとき	市町村番号		受給者番号	発行機関名
⑦発病又は負傷の年月日	年　月　日		⑧傷病名	
⑨発病又は負傷の原因				
⑩労務に服することができなかった期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間			
⑪上記期間の報酬の全部又は一部を受けたとき、又は受けることができるときは、その報酬額及び期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間 受けた報酬　円 受けることができる報酬額　円			
⑫障害年金、障害手当金を受けているとき、又は受けることができるとき	㋐年金の種別	障害年金・障害手当金	㋑年金額	㋒年金の支給事由となった傷病名
	㋓年金を受けることとなった年月日	年　月　日	㋔障害年金を受けている場合は障害年金証書の記号番号	
⑬振込希望の銀行	銀行　支店（普通・当座）口座名義（カナ）			

⑭

年　月　日

上記のとおり請求します。

〒
被保険者の　住所
氏名

カヤバ健康保険組合理事長　殿

確認欄（チェック）	□ この届出については１又は２の要件を満たしたものである。 1.申請書本人（被保険者）が作成したものである。 2.申請者本人の作成ではないが、記載内容については本人に確認してある。

事業主が証明するところ

⑮労務に服さなかった期間		年　月　日から 年　月　日まで　日間
⑯上記の期間中の分として支払う報酬関係	㋐全額支給した場合、又は支給する場合	年　月　日から 年　月　日まで　の分として　金　円（日額　円） （　月　日支払）
	㋑交通費等一部支給した場合、又はする場合	年　月　日から 年　月　日まで　の分として　金　円（日額　円） （　月　日支払） 年　月　日から 年　月　日まで　金　円（日額　円） （　月　日支払）

⑰　上記のとおり相違ないことを証明します。

年　月　日

事業主　住所　〒
氏名

電話　局（　　）　番

療養を担当した医師が意見をかくところ

⑱傷病名	1. 2. 3.	⑲発病又は負傷の原因	1. 2. 3.
⑳発病又は負傷の年月日	1.令和　年　月　日 2.令和　年　月　日 3.令和　年　月　日	㉑診療開始年月日（初診日）	1.H･R　年　月　日 2.H･R　年　月　日 3.H･R　年　月　日
㉒労務不能と認めた期間	自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日　日間	㉓左の期間中の診療実日数	日間
㉔傷病の主症状および経過概要	労務不能と認めた期間における「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） 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		
㉕人工透析を実施又は人工臓器を装着した時	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	平成・令和　年　月　日	
	人工臓器の等の種類	ア．人工肛門　イ．人工関節　ウ．人工骨頭　エ．心臓ペースメーカー オ．人工透析　カ．その他（　　）	

㉖　上記のとおり相違ありません。

年　月　日

医師　住所　〒
氏名

委任状

請求金額の受領を下記の代理人に委任します。

令和　年　月　日

被保険者の　住所　〒
氏名

代理人の　住所　〒
氏名

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)