

傷病手当金・傷病手当付加金申請書 (第 回) 1/3ページ

I. 被保険者が記入するところ															
① 同意書 兼 被保険者の署名、捺印欄															
カヤバ健康保険組合 理事長殿															
貴組合がこの手当の支給決定に際し、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、以下、請求致します。 申請日：令和 年 月 日															
住所 (〒 -)															
氏名						署名または記名押印 (印)			電話番号 ()						
《組合記入欄》 上記の同意書の写しは、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															
② 被保険者等 記号・番号		記号		-		番号		記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記入して下さい							
③ 傷病名						④ 発病又は負傷の年月日									
						昭・平・令 年 月 日									
⑤ 発病又は負傷の原因															
⑥ 労務に服することができなかった期間															
令和 年 月 日から、令和 年 月 日まで _____日間															
⑦ 上記⑥の期間に報酬等受けた場合は、以下1、2及び3について記入ください															
1.⑥の期間に有給休暇を使用しましたか？ 任意継続者、退職者を除きます。 (どちらかに○)								はい(※) / いいえ							
※ 「はい」と答えた場合、その期間を記入してください。 令和 年 月 日から、令和 年 月 日まで _____日間															
2.⑥の期間に以下の年金を受けましたか？あるいは受け取るようになってますか？ (どちらかに○)								はい(※) / いいえ							
※ 「はい」と答えた場合、以下ご記入下さい。 【種別 (どちらかに○)】								年金コード		記号		番号			
・ 障害年金		・ 障害手当金		□□□□		□□□□		□□□□□□□□□□							
・ 老齢、退職に関する年金															
・ その他															
【支給開始日】 年 月 日 【年金額】 :								円							
3.⑥の期間に、上記1、2以外の収入がありましたか？ (どちらかに○)								はい(※) / いいえ							
※ 「はい」と答えた場合、以下ご記入下さい。 【内容】								【金額】 円							

※記入しきれない場合は、別途資料等添付してください

2/3ページへつづく

《カヤバ健保記入欄》

支給 決議 書	金額		¥				伺：令和			
	資 格	得	平・令		年 月 日		常務理事	事務長	係	備考
		喪	平・令		年 月 日					

I. 被保険者が記入するところ	
⑧ 振込希望の銀行（※給与振り込み口座の無い方のみご記入下さい）	
銀行	口座番号（左づめ） 口座名義（カナ）
本/支店	普通
⑨ 委任状：請求金額の受領を下記の代理人に委任します 《代理人の記入するところ》	
代理人	
住所 〒	
氏名	

II. 事業主が証明するところ	
⑩ ①の従業員が、労務に服さなかった期間	
令和 年 月 日 から、令和 年 月 日 まで	_____日間
⑪ 上記⑩の期間における賃金等の支給について	
⑩の期間に、賃金等を支給しました（します）か？（どちらかに○）	はい（※） / いいえ
※ 「はい」と答えた場合、その期間と金額を記入してください。（複数回ある場合は、それぞれ記入下さい）	
区分（該当するものに○）：基本給・通勤手当・その他手当（_____）・現物支給	
令和 年 月 日 から、令和 年 月 日 まで	報酬額： _____ 円
区分（該当するものに○）：基本給・通勤手当・その他手当（_____）・現物支給	
令和 年 月 日 から、令和 年 月 日 まで	報酬額： _____ 円
区分（該当するものに○）：基本給・通勤手当・その他手当（_____）・現物支給	
令和 年 月 日 から、令和 年 月 日 まで	報酬額： _____ 円
⑫ 上記のとおり相違ないことを証明します。	
事業主	年 月 日
住所 〒	
氏名	
電話	

※記入しきれない場合は、別途資料等添付してください

3/3ページへつづく

Ⅲ. 療養を担当した医師が意見を記入するところ	
⑬ 患者氏名	
⑭ 傷病名	⑮ 発病又は負傷の原因
1	1
2	2
3	3
⑯ 発病又は負傷の年月日	⑰ 診療開始年月日（初診日）
1 令和 年 月 日	1 令和 年 月 日
2 令和 年 月 日	2 令和 年 月 日
3 令和 年 月 日	3 令和 年 月 日
⑱ 労務不能と認められた期間	⑲ 左の期間中の診察実日数
令和 年 月 日 から、令和 年 月 日 まで _____日間	_____日間
⑳ 労務不能と認められた期間における「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）	
㉑ 症状経過からみて従来職種について労務不能と見読められた医学的な所見	
㉒ 人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	㉓ 人工臓器の種類
平成/令和 年 月 日	ア.人工透析 イ.人工肛門 ウ.人工関節 エ.人工骨頭 オ.心臓ペースメーカー カ.その他（ ）
㉔ 上記のとおり相違ありません。	
医師 住所 〒	
医療機関名	
氏名	

※記入しきれない場合は、別途資料等添付してください

以上