

傷病手当金申請書 (第 1 回目)

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、申請致します。				
申請日：令和 7 年 4 月 10 日				
住所 (〒 509-0206) 岐阜県可児市土田〇〇番地				
氏名 健保 太郎 (社員番号 〇〇〇〇〇) 署名または記名押印 (印) 0574 (26) 〇〇〇〇				
《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	
〇〇〇	-	〇〇〇〇〇		
③ 傷病名				
腰椎椎間板ヘルニア				
④ 発病又は負傷の年月日				
昭・平・令 7 年 2 月 22 日				
⑤ 発病又は負傷の原因				
家でタイヤ交換をした際に腰に痛みを感じた				
⑥ 労務に服することができなかった期間				
令和 7 年 3 月 1 日から、令和 7 年 3 月 31 日まで 31 日間				
⑦ 上記⑥の期間の報酬等の有無について、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？				はい(※) / いいえ
任意継続被保険者、退職者を除きます。(どちらかに○)				
※「はい」と答えた場合、その期間と金額を記入してください。				
令和 7 年 3 月 1 日から、令和 7 年 3 月 3 日まで 3 日間				報酬額：〇〇〇〇円
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？				はい(※) / いいえ
(どちらかに○)				
※「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？				はい(※) / いいえ
(どちらかに○)				
※「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

※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、ひと月毎に分けて申請をお願いします。

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	得	常務理事	事務長	係	備考
		平・令	年	月	日	
	格	喪	平・令	年	月	日

つづき

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）**

口座番号（左づめ）		口座名義（カナ）	
銀行	本/支店	普通	

⑨ 委任状：申請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

⑨退職者や任意継続被保険者の代理人（ご家族等）が記入するところです。現役の従業員については記入不要です（事業主（会社）が記入します）。

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

間

⑪ 上記⑩の期間における賃金等

⑩の期間に、賃金等を支給しま

※「はい」と答えた場合

区分（該当するものに○）：

令和 年 月

区分（該当するものに○）：

令和 年 月

区分（該当するものに○）：

令和 年 月 日から、令和 年 月 日まで

報酬額：

円

II. 事業主（会社）から、労務に服することができなかった期間の証明をもらってください。

※会社が証明するところですので、記入不要です。
ご自身があとから修正などすることがないように、お気を付けてください。

いいえ

円

円

⑫ 上記のとおり相違ないことを証明します。

事業主

住所 〒

氏名

電話

年 月 日

※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

1
2
3

⑮ 発病又は負傷の原因

1
2
3

⑯ 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

⑰ 診療開始年月日（初診日）

1 令和 年 月 日
2 令和 年 月 日
3 令和 年 月 日

⑱ 労務不能と認め

令和 年

⑲ 療養期間中の診察実日数

日間

⑳ 労務不能と認め

Ⅲ. 医療機関へ提出し、証明をもらってください。

※医師が記入することですので、記入不要です。
ご自身があとから修正などすることがないように、お気をつけくだ
さい。

㉑ 症状経過からみ

㉒ 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

㉓ 人工臓器の種類

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。

年 月 日

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