

健康保険 傷病手当金請求書 1/2

常務理事	事務長	担当者	担当者

被保険者が記入するところ	請求者情報	被保険者証		フリガナ					
		記号	番号		被保険者(請求者)の氏名				
				生年月日			昭和・平成・令和	年	月
		被保険者(請求者)の住所	〒	—	電話番号(日中の連絡先)				
	事業所(会社)名								
	申請内容	傷病名							
		傷病の原因							
		発病又は負傷年月日		平成・令和	年	月	日 (頃)		
		該当の傷病は病気ですか、ケガ(負傷)ですか。		病気	・	ケガ	⇒ ケガの場合、上記記載の傷病原因によっては、「負傷原因届」をご提出いただきます。		
療養のため休んだ期間(申請期間)		令和	年	月	日 ~ 令和	年	月	日	日間
※初回申請時のみ 同意書									
川崎汽船健康保険組合 理事長 殿									
健康保険法に基づく傷病手当金について、川崎汽船健康保険組合が関係機関に対して、健康保険加入記録・保険給付記録・療養の給付記録・年金記録等の情報照会を行い関係機関が回答すること、また関係機関が川崎汽船健康保険組合に対し照会を行い、川崎汽船健康保険組合が回答することに同意いたします。									
※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、日本年金機構、事業所、公共職業安定所、労働基準監督署、警察署等を指します。									
※照会が複数となる場合、本同意書の写しも有効とさせていただきます。									
令和 年 月 日									
被保険者氏名(自署) _____									
※初回申請かつ川崎汽船健保組合の資格取得1年6ヵ月未満の方へ									
【質問】 今までに、傷病手当金を受給していたことはありますか。									
<input type="checkbox"/> なし									
<input type="checkbox"/> あり (傷病手当金受給当時の情報) ・保険者名 _____									
・保険証の記号番号【記号】 _____ 【番号】 _____									
・勤務されていた事業所(会社)名 _____									
・傷病名 _____									
・受給期間 平成/令和 _____ 年 _____ 月頃 ~ 平成/令和 _____ 年 _____ 月頃									
添付書類	「続紙」(ご不明な場合は所属事業所の健保担当にお問い合わせください)								

【被保険者の方へ】「健康保険 傷病手当金請求書 1/2」を記載いただきましたら、次ページ「健康保険 傷病手当金請求書 2/2」に「療養担当者(医師等)の意見」と「お勤め先事業所の証明」を受けてください。

組合決定欄	療養の給付の開始		標準報酬月額			傷病手当金支給決定		受付日付印	
	H	年 月 日	H/R	年 月 ~ H/R	年 月	千円	R		R
	R	年 月 日	H/R	年 月 ~ H/R	年 月	千円	年 月 日 ~ 年 月 日		
	支給済期間		H/R	年 月 ~ H/R	年 月	千円	日		円
	H/R	年 月 日	□ 資格取得1年未満		千円				
~		日額	そのうち減額分	給付日額		支給決定日	R	年 月 日	
H/R	年 月 日	円 ()円		円		支給日	R	年 月 日	

療養を担当した医師が意見を書くところ	患者名												
	傷病名												
	発病又は負傷の年月日	平成 / 令和	年	月	日								
	療養の給付開始年月日 (初診日)	平成 / 令和	年	月	日								
	発病又は負傷の原因												
	労務不能と認められた期間	労務不能期間については療養開始日以降、記載日以前の分につき証明願います。 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間											
	労務不能と認められた期間の診療実日数	診療実日数	うち入院期間					転帰	治癒年月日				
		日	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	計 日間	治癒 中止 死亡	令和 年 月 日					
	労務不能と認められた医学的な所見を詳しく御記入願います。(主症状・経過・治療内容・検査結果など)												
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日												
医療機関所在地 〒													
医療機関名称 TEL(必須)													
医師の氏名													
お願い	ご用意があれば、医療機関の所在地・名称等はゴム印を押してください。 ご記入頂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氏名(サイン)をご記入ください。												

事業主が証明する欄	被保険者名																																	
	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	日間																													
	勤務状況	[出勤は○][有給は△][公休は公][欠勤は/もしくは-]でそれぞれ表示してください。 初回請求時や待期期間が月をまたぐ場合に以下2ヶ月(2段)分の欄を使用してください。 2回目以降は、1ヶ月毎に請求(1段のみ使用)してください。										出勤計	有給計																					
	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	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	日	日
	上記期間中、報酬を全額または一部支給しますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	<input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日	日	支払日	<input type="checkbox"/> 当月	<input type="checkbox"/> 翌月	日																		
	報酬支給状況	期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	支給額	円																											
		「はい」と回答時に記入 労務に服することが出来なかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。 また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等ご記入ください。(支給額 0円の場合不要)																																
		報酬日額計算方法:	(基本給	円 + 手当	円) ÷	日	=	円																										
	欠勤控除計算方法:	(基本給	円 + 手当	円) ÷	日 × 欠勤	日 =	円																											
その他連絡事項等: (上段計算方法以外の場合や通勤手当の支給状況等記載して下さい)																																		
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日																																		
事業所所在地 〒																																		
事業所名称																																		
事業主氏名 TEL																																		
添付書類	上記期間中の出勤簿写と給与明細書の写(請求月全ての日を欠勤で報酬の支給が無い場合は添付不要)																																	