

常務理事	事務長	係

# 健康保険 傷病手当金請求書( 回目) ★この申請書は2枚1セットです。2枚目もそろえて申請してください。

1枚目

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	1324 -	社員No.	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。					
	被保険者 氏名			生年月日	昭 平 令	年 月 日	電話番号 (日中の連絡先)	( )	
	住所	〒 -							
被保険者(申請者)記入欄	傷病名	①					①	平 令	年 月 日
		②					②	平 令	年 月 日
		③					③	平 令	年 月 日
	発病時の状況 又はケガの原因	<input type="checkbox"/> 病気 (発病時の状況)					<input type="checkbox"/> ケガ → ※別紙の「負傷原因届」を記入ください。		
	療養のために 休んだ期間 (申請期間)	令和	年	月	日	から	令和	年	月 日
	上記の期間に報酬をうけましたか。 また今後受けますか	<input type="checkbox"/> はい →		「はい」と答えた場合、 その報酬額とその期間		令和	年	月	日から
		<input type="checkbox"/> いいえ				令和	年	月	日まで
	障害厚生年金、 障害手当金の受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 「年金証書(写)」を添付 <input type="checkbox"/> 申請中		「有」、「申請中」の 場合はその傷病名					
老齢または退職を事由と する公的年金の受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 「年金証書(写)」を添付 <input type="checkbox"/> 申請中								
今回の申請期間中に労災保険から 休業補償給付を受けている	<input type="checkbox"/> はい		→ (請求先)		労働基準監督署			<input type="checkbox"/> いいえ	
	<input type="checkbox"/> 労災請求中								
介護保険法のサービス を受けたとき	被保険 者番号	保険者 番号	保険者 名称						
本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 記入									
氏名 (申請者)									

振込先口座	◆資格喪失者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。(「振込銀行口座」が確認できる通帳の写しを添付)							
	※被保険者死亡のため相続人が請求者となる場合、被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)を必ず添付。(死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)							
	□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します 注)口座情報の反映には数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。							
	金融機関コード				店番号			
□銀行				□本店				
□信用金庫				□支店				
□( )				□出張所				
口座番号				口座名義(かて記入)				
普通								

- ※消えるボールペン等の筆記用具で記入、修正テープは使用しないでください。
- ※「被保険者等記号番号、被保険者氏名」は「資格確認書」または「資格情報のお知らせ」に記載されているものを記入してください。
- ※「療養のために休んだ期間(請求期間)」は原則、1カ月単位で記入してください。
- ※被保険者記入欄に訂正がある場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、被保険(申請)者の訂正印またはサインが必要です。
- ※「被保険者記入欄」「療養を担当した医師等が記入する欄」を記入された後は、会社(人事総務G)へ提出してください。
- 「療養のために休んだ期間(請求期間)」が退職日までのものは会社(人事総務G)へ提出してください。

請求書提出先 → 人事総務G

健保記入欄	資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日
日額	前回支給期間	年 月 日	～	年 月 日 迄

療養を担当した医師等が記入する欄	患者氏名					生年月日	昭 平 令	年	月	日		
	傷病名	①					療養給付 開始年月日 (初診日)	①	平 令	年	月	日
		②						②	平 令	年	月	日
		③						③	平 令	年	月	日
	発病または 負傷年月日	平 令	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または 負傷の原因					
	労務不能と 認められた期間	令	年	月	日	～	令	年	月	日	迄	日間
	うち入院期間	令	年	月	日	～	令	年	月	日	迄	日間 入院
	診療実日数 (入院期間含)						日間	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医	療養費 用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 ( ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	
	上記の期間における「主症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)						症状から見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					
	手術年月日: 令 年 月 日						退院年月日: 令 年 月 日					

※記載内容を訂正した場合は、訂正箇所医師の押印、サインをお願いします。

事業主が証明する欄	被保険者 氏名					資格取得日	平 成 令 和	年	月	日		
	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
	上記期間に対して 賃金を支給しましたか?	<input type="checkbox"/> 不支給 <input type="checkbox"/> 支給 (全部・一部)				給与の種類	<input type="checkbox"/> 完月給 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給					
	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。また、出勤簿と賃金台帳を添付してください。											
	支 給 し た 賃 金 の 内 訳	期 間	単 価	月 日～ 日・ 日分	月 日～ 日・ 日分	月 日～ 日・ 日分	月 日～ 日・ 日分	月 日～ 日・ 日分				
		手 当 の 名 称	一月あたりの所定賃金を記入 ※時間給は時間単価	出( )日・有( )日	出( )日・有( )日	出( )日・有( )日	出( )日・有( )日	出( )日・有( )日	出( )日・有( )日	出( )日・有( )日	出( )日・有( )日	
		<input type="checkbox"/> 基本給	,	,	,	,	,	,	,	,	,	
		(内:固定残業基本 含)	,	,	,	,	,	,	,	,	,	
		<input type="checkbox"/> 住宅・地域 手当	,	,	,	,	,	,	,	,	,	
		<input type="checkbox"/> 資格 手当	,	,	,	,	,	,	,	,	,	
<input type="checkbox"/> ライフプラン 手当		,	,	,	,	,	,	,	,	,		
<input type="checkbox"/> 通勤手当		,	,	,	,	,	,	,	,	,		
<input type="checkbox"/> 減額金	,	,	,	,	,	,	,	,	,			
賃金計算方式(欠勤控除計算方法など)についてご記入ください。												
上記のとおり相違ないことを証明します。 委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。										担当者氏名:( )		
令和 年 月 日証明 事業所所在地												
受任者 事業所名称												
事業主氏名												

※記載内容の訂正箇所には事業主の押印、サインをお願いします。 CNCグループ健康保険組合

# 傷病手当金請求に伴う状況報告書 兼 同意書 (初回請求添付書類)

令和 年 月 日 記入

被保険者証記号・番号	記号	1324	番号		被保険者氏名		
1. 当健保組合の資格を取得してから1年未満ですか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
2. 当健保組合に加入する前に職歴がありますか。		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない					
2-① 「ある」場合、ご記入ください。 その当時勤務していた会社で加入していた健康保険の情報をご記入ください。(直近3年間) (加入履歴が複数ある場合は②以降も記入。書ききれない場合はコピーを取ってお使いください) *詳細が分からない場合は、以前勤務されていた会社にお問い合わせ、ご記入ください。 *以前、他健保に被保険者として加入されていた方は、他健保に対して給付に関する照会を行うことがあります。	①	健保組合名称	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 ( ) 支部 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
		その当時の保険証の記号・番号	記号		番号		
		加入期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日				
		その当時の会社名					
	②	健保組合名称	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 ( ) 支部 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
		その当時の保険証の記号・番号	記号		番号		
		加入期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日				
		その当時の会社名					
	③	健保組合名称	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 ( ) 支部 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
		その当時の保険証の記号・番号	記号		番号		
		加入期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日				
		その当時の会社名					
3. 今までに傷病手当金を受給したことがありますか。 ※当健康保険組合以外も含む (以前勤めていた会社で受給していた場合等)		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない					
3-① 「ある」場合、ご記入ください。 (複数回、受給したことがある場合は②以降も記入) *詳細が分からない場合は、以前勤務されていた会社にお問い合わせ、ご記入ください。	①	受給していた健保組合名称					
		受給の要因となった傷病名					
		受給期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日				
		その当時の会社名					
	②	受給していた健保組合名称					
		受給の要因となった傷病名					
		受給期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日				
		その当時の会社名					
	③	受給していた健保組合名称					
		受給の要因となった傷病名					
		受給期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日				
		その当時の会社名					

※この調査は健康保険法第59条(文書の提出等)に基づいて行っており、利用目的の範囲内で活用されます。

傷病手当金支給決定にあたり、CNCグループ健康保険組合が関係機関(医療機関の担当医、以前加入の健康保険の保険者等)に内容の確認や意見補足のため照会することがあります。下記の「同意書」に署名をお願いいたします。

## 同意書

私は、貴組合が傷病手当金の支給決定を行うにあたり関係機関に対して照会をすること、また関係機関が回答することに同意します。なお、本書の写しについても有効といたします。

令和 年 月 日

CNCグループ健康保険組合理事長殿

被保険者氏名 (自署)

㊞

# 記入例

健康保険 傷病手当金請求書 ( 1 回目) ★この申請書は2枚1セットです。2枚目もそろえて申請してください。

1枚目

被保険者情報	被保険者証の記号・番号	1324 - 92XXX	社員No.	19XXXX	保険証の記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。
	被保険者氏名	健保 宇宙		生年月日	昭和 9 年 1 月 1 日
住所	〒	604 - 85	◆◆	▲町	○×-10
	京都市中京区寺町通御池上る上本能寺				
傷病名	①	手首骨折			請求期間は月をまたいでではなく、給与の締め日(各月末日)に合わせて、記入してください。
	②				※復帰後などにまとめて傷病手当金の申請をするケースを除いて、原則月単位で申請してください。 例: 6/18~6/30、7/1~7/31
発病時の状況	発病時の状況又はケガの原因	□病気 (発病時の状況)			□ケガ ※別紙の「負傷原因届」を記入ください。
	療養のために休んだ期間(申請期間)	令和 4 年 10 月 4 日	から	令和 4 年 10 月 31 日	まで 28 日間
上記の期間に報酬をうけましたか、また今後受けますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	「はい」と答えた場合、その報酬額とその期間			令和 4 年 10 月 4 日から
	<input type="checkbox"/> いいえ				令和 4 年 10 月 31 日まで 75,315 円
障害厚生年金、障害手当金の受給	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 → 「年金証書(写)」を添付 <input type="checkbox"/> 申請中			「有」、「申請中」の場合はその傷病名
	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 → 「年金証書(写)」を添付 <input type="checkbox"/> 申請中			
今回の申請期間中に労災保険から休業補償給付を受けている	<input type="checkbox"/> はい	(請求先)			労働基準監督署 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> 労災請求中				
介護保険法のサービスを受けたとき	被保険者番号	保険者番号	保険者番号	保険者名称	
本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領を事業主に委任します。					令和 4 年 11 月 15 日 記入
氏名 (申請者)					健保 宇宙

給与明細書を確認して記入

「療養のために休んだ期間(申請期間)」経過後、日付記入

## 傷病手当金請求に伴う状況報告書 兼 同意書 (初回請求添付書類)

令和 4 年 11 月 15 日 記入

被保険者証記号・番号	記号	1324	番号	92XXX	被保険者氏名	健保 宇宙
1. 当健保組合の資格を取得してから1年未満ですか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ				
2. 当健保組合に加入する前に職歴がありますか。	<input checked="" type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない				
2-① 「ある」場合、ご記入ください。 その当時勤務していた会社で加入していた健康保険の情報を記入してください。(直近のもの) (加入履歴が複数ある場合は②以降も記入。 書ききれない場合はコピーを取ってお使いください) *詳細が分からない場合は、以前勤務されていた会社にお問い合わせ、ご記入ください。	①	健保組合名称	健康保険組合 ( ) 支部			
		その当時の保険証の記号・番号	記号	YYY58	番号	98765X
		加入期間	平・令 3 年 4 月 日 ~ 平・令 4 年 3 月 日			
	②	健保組合名称	健康保険組合 ( ) 支部			
		その当時の保険証の記号・番号	記号	78X99	番号	Q3393515
		加入期間	平・令 1 年 5 月 1 日 ~ 平・令 3 年 3 月 31 日			
その当時の会社名	PxOnxx株式会社					
3. 今までに傷病手当金を受給したことがありますか。 ※当健康保険組合以外も含む (以前勤めていた会社で受給していた場合等)	<input checked="" type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない				
3-① 「ある」場合、ご記入ください。 (複数回、受給したことがある場合は②以降も記入) *詳細が分からない場合は、以前勤務されていた会社にお問い合わせ、ご記入ください。	①	受給していた健保組合名称	全国健康保険協会 京都支部			
		受給の要因となった傷病名	気胸			
	受給期間	平・令 3 年 1 月 28 日 ~ 平・令 3 年 1 月 31 日				
	その当時の会社名	PxOnxx株式会社				
②	受給していた健保組合名称					
	受給の要因となった傷病名					

・全国健康保険協会 = 協会けんぽ  
・支部名まで記入必要

【注意】 “療養を担当した医師等が記入する欄”の記入は必須です。診断書の添付は不可  
申請書類は会社の人事総務Gへ提出してください。

