傷病手当金・傷病手当金付加金請求書（第　1　回）

常務理事	事務長	担当者

神栄健康保険組合　御中　　提出日：2021　年　5 月　24　日

被保険者が記入する欄

被保険者証の記号・番号	29 - 9999	氏　名	神栄　太郎	生年月日	1985 年 12 月 12 日
事業所の名称	神栄㈱　本社		被保険者の業務の種別	経理事務担当	
被保険者の住所	神戸市中央区●●町 99-99			電話　078（123）4567	
傷病名	鎖骨骨折		の年月日	2021 年　4 月　22　日	
発病または負傷の原因、発病（負傷）時の状況	登山中に転倒し、左肩部強打				
通勤途上や業務中に負傷しましたか	はい　(いいえ)	第三者行為によって負傷しましたか(相手がいるケガですか)		はい　(いいえ)	
療養のために休んだ期間	2021 年　4 月　22 日から　2021　年　5 月　12 日　（21　日間）				
入院した場合は入院の期間	年　月　日から　年　月　日　（　日間）				
上記の療養のために休んだ期間中に報酬を受けられますか	(はい)　いいえ	「はい」の場合その期間と報酬額	2021 年　4 月　22　日から　2021　年　4 月　23 日（　2　日間）　30,000　円		
「障害厚生年金」または「障害手当」、老齢や退職を事由とする公的年金を受給していますか	はい　(いいえ)　請求中	年金の種別		年金額	円／年
		障害の場合はその傷病名			
委　任　状 ※退職者は記入不要	本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。　2021　年　5　月　24　日 被保険者氏名　神栄　太郎				
振込希望の金融機関 ※退職者のみ記入	金融機関名		支店名		
	口座番号	普通　・　当座 N0.	フリガナ		
			口座名義		
同　意　書	健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行なうにあたり神栄健康保険組合が関係機関に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会を行なうこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意します。　2021　年　5　月　24　日 被保険者氏名　神栄　太郎　※本人署名の場合は捺印不要です。				

注）障害厚生年金または障害手当、老齢や退職を事由とする公的年金を受給されている方は、年金額、年金証書、年金通知の写しを添付してください。

療養を担当した医師が意見を記入する欄

患者氏名	神栄　太郎	傷病名	鎖骨骨折
発病または負傷の年月日	2021 年　4 月　22 日	療養の給付を開始した年月日	2021 年 4 月　22 日
発病または負傷の原因	登山中に転倒した際、左肩を強打した。		
労務不能と認めた期間	2021 年　4 月　22 日から　2021 年　5 月　12　日（　21　日間）		
上記のうち入院期間	2021　年　4　月　22　日から　2021　年　5 月　10　日（　19　日間）		
診療実日数	5　日	転　帰	(治癒)・　繰越　・　中止　・　転医
傷病の主症状および経過概要（治療内容や検査結果、療養指導等を詳しく）、労務不能と認められた医学的な所見			
上記のとおり相違ありません。　20 日 医療機関所在地　神戸市中央区●●町●―● 医療機関の名称　▲▲　病院 医師の氏名　□□　□□　電話　078　（　999　）　9999			

この欄は、医師の記入欄です。
医療機関の医師に記入を依頼してください。

不明な場合は医師に
確認してください

事業主が証明する欄

被保険者氏名	神栄　太郎	給与区分	(月給者)　日給者　・　時給者
労務に服さなかった期間	2021　年　4　月 22　日から　2021　年　5　月　12　日（　21　日間）		
上記の療養のために休んだ期間中に報酬を支給しましたか	(はい)　いいえ	「はい」の場合その期	2021 年　4　月　22　日から　2021　年 4　月 23　日（　2　日間）　30000
上記のとおり相違ないことを証明します。　月　24　日 事業主　所在地　神戸市中央区京町 77-1 名　称　神栄㈱ 氏　名　▲▲▲　▲▲　電話 078　（　999　）　9999			

この欄は事業主記入欄です。
各社の健康保険ご担当者にお渡しください。

【添付書類】労務に服することができなかった期間分を含む次の書類のコピー　①出勤簿　②賃金台帳