

# 傷病手当金支給申請書

第 回 目

◎ 捻挫・骨折など外傷性の傷病は「負傷原因届」を添付してください。  
◎ 第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」を提出してください。

◎ あなたの仕事の具体的な内容は、「経理担当事務員」・「ウエイトレス」・「売店員」等を記入してください。  
◎ 申請書は「被保険者記入欄」を記入してから医師の意見を受けてください。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	㉑ 被保険者証 記号		番号		㉒ 事業所名													
	㉓ 生年月日	昭・平	年	月	日生	㉔ 資格取得日	昭・平・令	年	月	日								
	㉕ 被保険者 (申請者) の氏名	フリガナ 氏 名					㉖ あなたの仕事の具体的な内容											
	㉗ 被保険者 の現住所	〒					電話 ( )											
	㉘ 発病の状態 または負傷の 原因を詳しく						㉙ 第三者 行為による ものですか	いいえ はい										
	傷病名																	
	㉚ 疾病又は負傷の療養をする ために休んだ期間(申請期間)	令和		年	月	日	から	令和		年	月	日	まで	日間				
㉛ ㉚の期間で 事業所から 報酬を	1 受けた		令和		年	月	日	から	2 受けられる		令和		年	月	日	まで	の分として	円
	3 受けない・受けられない																	
㉜ 障害厚生年金又は障害手当金 を受給していますか	いいえ・請求中・はい		㉝ 基礎年金番号		㉞ 障害厚生年金又は障害手当金 の受給の原因となった傷病名													
㉟ 老齢または退職を事由とする 公的年金を受給していますか	いいえ・請求中・はい		㊱ 基礎年金番号		㊲ 支給開始年月日													
					昭・平・令							年	月	日				
㊳ 介護保険法のサービス を受けたとき	㊴ 保険者番号		㊵ 被保険者番号		㊶ 保険者名称													

受 取 代 理 人 の 欄	㊷ 本申請に基づく給付金に関する受領を事業主(代理人)に委任します。
	被保険者(申請者)氏名
㊸	事業主 事業所所在地 (代理人) 事業所名 事業主名

☆ 個人振込の場合には、「支払金融機関欄」を記入してください。(受取代理人の欄は記入不要)

支 払 金 融 機 関 欄	金融機関コード		支店番号										
	普通・当座	銀行							本店				
		金庫							支店				
	口座番号							口座名義					
								フリガナ 氏名					

受付日付印

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

事業主が証明するところ	㊸ 被保険者証	記号		番号		被保険者氏名					
	㊹ 労務に服さなかった期間	令和	年	月	日から	㊺ 賃金の支払日	日締 日払				
	㊻ 上記期間中に報酬の全部または一部を支給した(する)場合	令和	年	月	日まで	日間	当翌月				
	㊼ 給与の種類を〇で囲んでください	自	年	月	日	至	年	月	日	日間	円
	㊽ 上記のとおり相違ないことを証明します。	令和	年	月	日						

◎ この申請書に記載されている個人情報支給決定にのみ利用し、第三者には提供いたしません。  
 ◎ 第一回目の申請および報酬の支払いがある場合は、その期間にかかわる出勤簿の写し及び賃金台帳の写しを添付してください。

東京都食品健康保険組合

☆ 退職後の申請期間については、「事業主が証明するところ」欄の記載は、必要ありません。

療養を担当した医師が意見をかくところ	㊿ 患者氏名								
	㊾ 傷病名	①	②	③	㊿ 初診年月日 (療養開始年月日)	①	年	月	日
	㊿ 発病・負傷の原因								
	㊿ 発病・負傷年月日	昭和・平成・令和	年	月	日				
	㊿ 労務不能と認められた期間	令和	年	月	日	日間	㊿ 左の期間中の診療実日数	日間	

㊿ 上記㊿の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等詳しくご記入ください。

症状経過からみ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をご記入ください。

㊿ ㊿欄の期間中に入院した期間は	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	㊿ 手術した場合	手術の名称・月日	・	月	日
------------------	----	---	---	-----	----	---	---	-----	----------	----------	---	---	---

㊿ 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  
医師氏名

電話 ( ) 番

社会保険労務士  
記載欄