

傷病手当金支給申請書

第 1 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	⑦被保険者証 記号 1 2 3 5 番号 1 0 0 ①事業所名 (株)東食商店
	⑧生年月日 昭平 4 2 年 7 月 7 日生 ⑨資格取得日 昭平・令 2 年 4 月 1 日
保 険 者 の 氏 名	④被保険者 (申請者) の氏名 フリガナ ケンコウ タロウ 氏名 健康 太郎
	⑦あなたの仕事の具体的な内容 経理担当事務
入 入 す る こ ろ	⑤被保険者の現住所 〒 110-12×× 東京都台東区東上野○-×-△ 電話 03 (3833) ○×△△
	⑦発病の状態 または負傷の原因を詳しく 数日前から腹痛が止まらなくなり、その後、吐血があり発症。胃潰瘍と診断された。 ⑦第三者行為によるものですか <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
と こ ろ	⑩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 3 年 1 月 16 日 から 令和 3 年 2 月 15 日 まで 3 1 日間
	⑪⑩の期間で ①受けた ②受けられる ③受けない・受けられない 事業所から 報酬を 令和 3 年 1 月 16 日 から 令和 3 年 2 月 15 日 まで の分として 19,000 円 「 2 月 25 日支払・予定」
受 取 代 理 人 の 欄	⑫障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか <input checked="" type="radio"/> いいえ ・ 請求中 ・ はい
	⑬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
受 取 代 理 人 の 欄	⑭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 <input checked="" type="radio"/> いいえ ・ 請求中 ・ はい
	⑮基礎年金番号 ⑯支給開始年月日 昭和 年 月 日 平成
受 取 代 理 人 の 欄	⑰介護保険法のサービスを受けたとき ⑱保険者番号 ⑲被保険者番号 ⑳保険者名称

受 取 代 理 人 の 欄	① 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 健康 太郎
	② 事業主 事業所所在地 東京都品川区北品川 ○-○-○ (代理人) 事業所名 (株)東食商店 事業主名 東食 太郎

☆ 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	本店 支店
	普通・当座	銀行 金庫	
	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 checked="" 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	⑧ 被保険者証	記号	1235	番号	100	被保険者氏名	健康 太郎	
	① 労務に服さなかった期間	令和 3年 1月 16日 から					⑨ 賃金の支払日	15日締
		令和 3年 2月 15日 まで	31日間	当月翌月			25日払	
	⑥ 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	自 3年 1月 16日 至 3年 2月 15日	31日間			19000円		
		自 年 月 日 至 年 月 日	日間			円		
		自 年 月 日 至 年 月 日	日間			円		
⑦ 給与の種類を〇で囲んでください	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給 時給 <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> 欠勤 控除対象 { <ul style="list-style-type: none"> 基本給・家族手当・住宅手当 役付手当・通勤手当 その他() } ÷ 21 日 = 1日分の控除額						
⑩ 上記のとおり相違ないことを証明します	令和 3年 2月 28日							
	事業所所在地	東京都品川区北品川 ○—○—○						
	事業所名	(株) 東食商店						
	事業主名	東食 太郎						
	電話	03 (3844) ○ × △ △ 番						

◎ ◎ この申請書に記載されている個人情報や支給決定にのみ利用し、第三者には提供いたしません。東京都食品健康保険組合

◎ ◎ 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。

☆ 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	⑦ 患者氏名	健康 太郎							
	⑤ 傷病名	① 胃潰瘍	②	③	④ 初診年月日 (療養開始年月日)	① 令和 3年 1月 15日	② 年 月 日	③ 年 月 日	
		②							
		③							
	⑧ 発病・負傷の原因	多忙によるストレスと不規則な生活が原因と思われる。							
	⑨ 発病・負傷年月日	昭和・平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 3年 1月 10日							
	⑩ 労務不能と認められた期間	令和 3年 1月 16日	31日間				⑪ 左の期間中の診療実日数	23日間	
		令和 3年 2月 15日							
	⑬ 上記⑩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。	<p style="color: red; text-align: center;">内視鏡検査により、胃潰瘍を認めた。</p> <p>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。</p> <p style="color: red; text-align: center;">腫瘍から出血があり、入院治療が必要と認め、退院後も一週間の自宅療養が必要と判断した。</p>							
	⑭ ⑩欄の期間中に入院した期間は	令和 3年 1月 16日 から	令和 3年 2月 7日 まで	⑮ 手術した場合 手術の名称・月日					・ 月 日
⑯ 上記のとおり相違ありません。	令和 3年 2月 25日								
	医療機関所在地	東京都品川区南品川 ○—○—○							
	医療機関名	品川 ○ ○ 総合病院							
	医師氏名	保険 五郎							
	電話	03 (3855) × △ × × 番							

社会保険労務士
記載欄