

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「第三者行為による傷病届」を添付してください。
◎第三者は「負傷原因による傷病届」を提出してください。

| | | | | | | | |
|--|----------------------------------|--|-------------|-------------------------|-------------|--|--------------|
| 被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ | Ⓐ 被保険者 | 記号 | 番号 | Ⓑ 事業所名 | | | |
| | Ⓑ 生年月日 | 昭・平 年 月 日生 | | Ⓑ 資格取得日 | 昭・平・令 年 月 日 | | |
| | Ⓑ 被保険者 (申請者) の氏名 | フリガナ 氏名 | | Ⓑ あなたの仕事の具体的な内容 | | | |
| | Ⓑ 被保険者 の現住所 | 〒 | | 電話 | () | | |
| | Ⓑ 発病の状態 または負傷の 原因を詳しく | | | Ⓑ 第三者 行為による ものですか | いいえ はい | | |
| | 傷病名 | | | | | | |
| | Ⓑ 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 | | | 日間 | | |
| | | 令和 年 月 日 まで | | | | | |
| | Ⓑ Ⓛの期間で 事業所から 報酬を | 1 受けた → 2 受けられる 3 受けない・受けられない | 令和 年 月 日 から | | の分として | | 円 |
| | | | 令和 年 月 日 まで | | | | 「 月 日 支払・予定」 |
| Ⓑ 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 | Ⓐ 基礎年金番号 | Ⓑ 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 | | | | | |
| Ⓑ 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 | Ⓐ 基礎年金番号 | Ⓑ 支給開始年月日 | | | 昭・平・令 年 月 日 | | |
| Ⓑ 介護保険法のサービス を受けたとき | Ⓐ 保険者番号 | Ⓑ 被保険者番号 | Ⓑ 保険者名称 | | | | |

| | | | | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 受 取 代 理 人 の 欄 | Ⓑ 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 | | | | | | |
| Ⓐ | 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 | | 受付日付印 | | |
| | 普通・当座 | 銀行 金庫 | | | 本店 | 支店 | |
| | 口座番号 | 口座名義 フリガナ 氏名 | | | | | |

| | |
|---------------------------------|--|
| 確認欄 <input type="checkbox"/> | 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。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したるものである。 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。 |
|---------------------------------|--|

◎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。

◎ 第一回目の申請における報酬の支払いがある場合は、その期間にかか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

| | | | | | | | |
|--|---|--|---------------------|--------------------------------------|--------|--------|--------|
| ◎あなたの仕事の具体的な内容は、「経理担当事務員」・「ウェイトレス」・「売店員」等を記入してください。 事業主が証明するところ | ④被保険者 | 記号 | 番号 | 被保険者氏名 | | | |
| | ⑤労務に服した期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | 日間 | ⑥賃金の支払日 | 当翌月 | 日締月 | |
| | ⑦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 年 月 日至 年 月 日 自 年 月 日至 年 月 日 自 年 月 日至 年 月 日 | 日間 | | 円 | | |
| | ⑧給与の種類を ○で囲んでください | 月給 日給 日給月給 時給 その他() | ⑨欠勤 控除対象 | 基本給・家族手当・住宅手当 役付手当・通勤手当 その他() | ÷ | □ | 日 |
| | ⑩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 事業主名 | | | | | | |
| | 電話 () 番 | | | | | | |
| | ☆ 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。 | | | | | | |
| | ⑪患者氏名 | | | | | | |
| | ⑫傷病名 | ① ② ③ | ⑬初診年月日 (療養開始年月日) | ⑭年 月 日 | ⑮年 月 日 | ⑯年 月 日 | ⑰年 月 日 |
| ⑱発病・負傷の原因 | | | | | | | |
| ⑲発病・負傷年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | | | | | |
| ⑳労務不能と認めた期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | 日間 | ㉑左の期間中の診療実日数 | 日間 | | | |
| ㉒上記⑳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。 | | | | | | | |
| ㉓㉔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 | ㉕手術した場合 | ㉖手術の名称・月日 ・月日 | | | | |
| ㉗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