

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」・「ウェイトレス」・「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 榊東食商店
	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
	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
	⑤被保険者の現住所 〒 110-12×× 東京都台東区東上野〇—×—△ 電話 03 (3833) 〇×△△
	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
傷病名 胃潰瘍	
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 3 1 日間 令和 3 年 2 月 15 日 まで
⑪ ⑩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	→ 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」
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基礎年金番号 ⑭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
⑮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	⑯基礎年金番号 ⑰支給開始年月日 昭和 平成 年 月 日
⑱介護保険法のサービスを受けたとき	⑲保険者番号 ⑳被保険者番号 ㉑保険者名称

受 取 代 理 人 の 欄	㉒ 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
	㉓ 事業主 (代理人) 事業所所在地 東京都品川区北品川 〇—〇—〇 事業所名 榊東食商店 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 <input checked="" 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	⑥被保険者証	記号	1235	番号	100	被保険者氏名	健康 太郎				
	⑦労務に服さなかった期間	令和	3年	1月	16日	から	⑧賃金の	15日締			
		令和	3年	2月	15日	まで	31日間	支払日 当月 25日払			
	⑨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
⑩給与の種類を○で囲んでください	⑪月給	日給	⑫欠勤		基本給・家族手当・住宅手当 控除対象 { 役付手当・通勤手当 その他() } ÷ 21 日 = 1日分の控除額						
	日給月給	時給	控除対象								
⑬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	⑭患者氏名	健康 太郎								
	⑮傷病名	⑯胃潰瘍	⑰初診年月日 (療養開始年月日)	⑱令和 3年 1月 15日						
		⑲		⑳年 月 日						
		㉑		㉒年 月 日						
	⑳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。								
	㉓発病・負傷年月日	昭和・平成 令和 3年 1月 10日								
	㉔労務不能と認められた期間	令和	3年	1月	16日	31日間	㉕左の期間中の診療実日数	23日間		
		令和	3年	2月	15日					
	㉖上記㉔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。 内視鏡検査により、胃潰瘍を認めた。 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。 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。									
	㉗㉔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
㉘手術した場合	手術の名称・月日 ・ 月 日									
㉙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										