

# 傷病手当金支給申請書

第 1 回目

◎ 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。

被 保 険 者 が 記 入 す こ ろ	㊦ 被保険者証	記号	1 2 3 5	番号	1 0 0	㊧ 事業所名	㈱東食商店	
	㊨ 生年月日	平	4 2 年	7 月	7 日	㊩ 資格取得日	昭 <del>平</del> ・令	2 年 4 月 1 日
	㊪ 被保険者 (申請者) の氏名	フリガナ	ケンコウ	タロウ		㊫ あなたの仕事の具体的な内容	経理担当事務	
		氏	健 康	名	太 郎	㊬	※	
	㊭ 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×△△						
	㊮ 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。					㊯ 第三者 行為による ものですか	いいえ はい
	傷病名	胃 潰 瘍						
	㊰ 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 1 年 5 月 16 日 から 3 1 日間 令和 1 年 6 月 15 日 まで						
	㊱ ㊰の期間で 事業所から 報酬を	受けた 2 受けられる 3 受けない・受けられない	令和 1 年 5 月 16 日 から 19,000 円 令和 1 年 6 月 15 日 まで 「 5 月 25 日支払・予定」 の分として					
	㊲ 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		㊳ 基礎年金番号	㊴ 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			
㊵ 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		㊶ 基礎年金番号	㊷ 支給開始年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日				
㊸ 介護保険法のサービス を受けたとき	㊹ 保険者番号	㊺ 被保険者番号	㊻ 保険者名称					

受 取 代 理 人 の 欄	㊼	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
	㊽	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 ㈱東食商店 事業主名 東 食 努

※の印は、同一印をご使用ください。

☆ 個人振込みの場合は、「支払金融機関欄」を記入してください。

☆ 金融機関コードは、必ず記入してください。

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	フリガナ		
		口座名義 氏 名		

受付日付印

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	
	⑦ 労務に服さなかった期間	令和 1 年 5 月 1 6 日から				⑨ 賃金の支払日	1 5 日締	⑩ 当 月 2 5 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 1 年 5 月 1 6 日至 1 年 6 月 1 5 日	3 1 日間			1 9 0 0 0 円		
	⑦ 給与の種類を○で囲んでください	⑪ 月給 日給 日給月給 時給 その他( )	⑫ 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( ) }		÷	2 1 日	= 1 日分の控除額
	⑭ 上記のとおり相違ないことを証明します	令和 1 年 6 月 3 0 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 0 3 ( 3 8 4 4 ) ○ × △ △ 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。

療養を担当した医師が意見をかくところ	㊟ 患者氏名	健康 太郎	
	㊞ 傷病名	① 胃 潰 瘍 ② ③	㊚ 初診年月日 (療養開始年月日) ① 令和 1 年 5 月 1 4 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日
	㊠ 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。	
	㊡ 発病・負傷年月日	昭和・平成 令和 1 年 5 月 1 4 日	
	㊢ 労務不能と認めた期間	令和 1 年 5 月 1 6 日 3 1 日間 令和 1 年 6 月 1 5 日	㊜ 左の期間中の診療実日数 2 3 日間
㊤ 上記㊢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。			
㊦ ㊢欄の期間中に入院した期間は		令和 1 年 5 月 1 6 日から 令和 1 年 6 月 7 日まで	㊧ 手術した場合 手術の名称・月日 ・ 月 日
㊨ 上記のとおり相違ありません。 令和 1 年 6 月 2 5 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 險 五 郎 電話 0 3 ( 3 8 5 5 ) × △ × × 番			

社会保険労務士の提出代行者印

◎ ◎ この申請書に記載されている個人情報  
は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