

傷病手当金支給申請書

第 1 回目

◎ 捻挫・骨折による場合は、第三者的行為による傷病は「負傷原因届」を添付してください。
◎ 第三者行為による傷病届」を提出してください。

被 保 險 者 が 記 入 す る と 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	
	⑦生年月日	昭平 42年7月7日生	②資格取得日	昭平・令 2年4月1日		
	⑧被保険者(申請者)の氏名	フリガナ ケンコウ 氏 健康	タロウ 名 太郎	印※	⑨あなたの仕事の具体的な内容 経理担当事務	
	⑩被保険者の現住所	〒 110-12×× 東京都台東区東上野〇一×一△				電話 03 (3833) ○×△△
	⑪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。				⑫第三者行為によるものですか いいえ はい
	傷病名	胃潰瘍				
	⑬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 令和1年6月15日まで 31日間				
	⑭⑬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1年5月16日から の分として 19,000 円 令和1年6月15日まで 「5月25日支払・予定」			
	⑮障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	⑯基礎年金番号		⑰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		
	いいえ・請求中・はい					
⑲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	⑳基礎年金番号		㉑支給開始年月日			
いいえ・請求中・はい			昭和 年 月 日 平成 年 月 日			
㉒介護保険法のサービスを受けたとき	㉓保険者番号	㉔被保険者番号	㉕保険者名称			

受 取 代 理 人 の 欄	㉖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。	※の印は、同一印をご使用ください。	
	被保険者(申請者)氏名 健康 太郎		印※
	㉗事業主 事業所所在地 (代理人) 事業所名 事業主名		東京都品川区北品川〇—〇—〇 株東食商店 東食努

☆ 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	受付日付印	
	普通・当座	銀行 金庫		本店 支店
	口座番号	フリガナ 口座名義 氏 名		

◎ 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。

◎ 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。

事業主が証明するところ	②被保険者証	記号	1235	番号	100	被保険者氏名	健康 太郎	
	①労務に服さなかつた期間	令和 1年 5月 16日から	②賃金の支払日	15日締翌月 25日払				
	令和 1年 6月 15日まで	31日間						
	③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 16日至 1年 6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					
	④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()	⑤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()	÷ 21日			
	⑥上記のとおり相違ないことを証明します	令和 1年 6月 30日	= 1日分の控除額					
		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	印			
	電話 03(3844)○×△△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	⑦患者氏名	健康 太郎		
	⑧傷病名	①胃潰瘍	⑨初診年月日 (療養開始年月日)	⑩令和 1年 5月 14日
		②	⑪年 月 日	
		③	⑫年 月 日	
	⑭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。		
	⑮発病・負傷年月日	昭和・平成 令和 1年 5月 14日		
	⑯労務不能と認められた期間	令和 1年 5月 16日 令和 1年 6月 15日	31日間	⑰左の期間中の診療実日数 23日間
	⑲上記⑯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>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>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>		
	⑳⑯欄の期間中に に入院した期間は	令和 1年 5月 16日から 令和 1年 6月 7日まで	㉑手術した場合 手術の名称・月日	・月日
㉒上記のとおり相違ありません。	令和 1年 6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			
	印			
	電話 03(3855)×△××番			
	社会保険労務士 の提出代行者印		印	