

被保険者情報	① 被保険者証 記号	番号		
	② 氏 名	(フリガナ)	③ 生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
	④ 住 所	〒	—	都・道 府・県
	⑤ 電 話 番 号	()	※日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。	
	⑥ 事 業 所	名称	電話番号	()
	所在地	⑦ 提 出 委 任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)	

申請内容	⑧ 傷 病 名	1)	⑨ 発 病 又 は 負 傷 年 月 日	平・令 年 月 日	
		2)		平・令 年 月 日	
		3)		平・令 年 月 日	
	⑩ 発 病 時 の 状 況 又 は ケ ー ジ の 原 因 (詳しくご記入ください)	注: 仕事中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず健保組合と勤務先にご連絡ください。			
	⑪ 仕 事 の 内 容 (具 体 的 に)	退職日以降の期間を申請する場合は、 退職前の業務内容をご記入ください。			
	⑫ 療 養 の た め に 休 ん だ 期 間 (申 請 期 間)	平・令 年 月 日 から	日 間	平・令 年 月 日 まで	
	⑬ 上 記 期 間 に 報 酬 を 受 け ました か。 また は、 今 後、受 け ら れ ます か。	はい いいえ	⑭ 「はい」の場合、 その報酬支払の基礎と なった期間と報酬額	平・令 年 月 日 から	報酬額 平・令 年 月 日 まで _____ 円
	⑮ 障 害 厚 生 年 金 又 は 障 害 手 当 金 を 受 給 し て い ます か。	はい 請求中 いいえ	⑯ 「はい」「請求中」の場合、 受給の要因となった傷病 名と基礎年金番号等	傷病名	年金の <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 種類 <input type="checkbox"/> 障害手当金 基礎年金番号 _____ 円
⑰ <退職した方> 老 齢 又 は 退 職 を 事 由 と す る 公 的 年 金 を 受 給 し て います か。	はい 請求中 いいえ	⑲ 「はい」「請求中」の場 合、年金の名称や基礎年 金番号等	年金の名称	基礎年金番号 _____ 円	
⑲ 労 災 保 険 か ら 休 業 補 償 給 付 を 受 け て い ます か。	はい 請求中 いいえ	⑳ 「はい」「請求中」の場 合、請求先の労働基準監 督署	労働基準監督署		

振込先	金融機関名称 (被保険者の)	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()		
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	_____	_____	_____
			口座名義区分	被保険者・代理人		

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所	
		氏名	被保険者との関係()

注: この申請書は3枚1セットです。2枚目の「事業主記入用」及び3枚目の「医師等記入用」も必ずご提出ください。

マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、
本人確認をするための添付書類が必要です。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

事業主が証明するところ

被保険者氏名													
労務に服さなかった期間	勤務状況										出勤	有給	
	平・令	年	月	日	から	平・令	年	月	日	まで	日間	日	日
	平・令	年	月	日	から	平・令	年	月	日	まで	日間	日	日
平・令	年	月	日	から	平・令	年	月	日	まで	日間	日	日	
この期間に対して、賃金を支給しました(します)か?	<input type="checkbox"/> はい	被保険者の給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日	日						
	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給		支払日	<input type="checkbox"/> 当月	日					
			<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 翌月	日					

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

	単価	月 日 ~	月 日 ~	月 日 ~
		月 日 分 支給額	月 日 分 支給額	月 日 分 支給額
基本給	円	円	円	円
通勤手当	円	円	円	円
手当	円	円	円	円
手当	円	円	円	円
手当	円	円	円	円
手当	円	円	円	円
現物給与	円	円	円	円
その他()	円	円	円	円
計	円	円	円	円
	日額	円	円	円

賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号 ()

医師等
が意見
を記入
する
ところ

患者氏名																																		
傷病名	1)	療養の給付 開始年月日 (初診日)	1) 平・令	年	月	日																												
	2)		2) 平・令	年	月	日																												
	3)		3) 平・令	年	月	日																												
発病又は 負傷年月日	平・令	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発 病	発病又は 負傷の原因																												
					<input type="checkbox"/> 負 傷																													
労務不能と 認められた期間	平・令	年	月	日	から	発病又は 負傷の原因																												
	平・令	年	月	日	まで		日間																											
うち入院期間	平・令	年	月	日	から	転 帰																												
	平・令	年	月	日	まで		日間	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転医																							
診療実日数 (入院期間も 含む)	日	診療日を ○で囲ん でください	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
			月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
			月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
主たる症状及び経過（できる限り詳しくご記入ください。）																																		
この期間の 傷病状態																																		
この期間の 治療状況																																		
前月の症状 との比較																																		
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所見（必ずご記入ください。）																																		
人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき																記載内容について相違ありません。 証明日 令和 年 月 日																		
人工透析の実施日又は人工臓器を装着した日 平・令 年 月 日																所在地																		
人工臓器等の種類																医療機関名																		
<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人口関節 <input type="checkbox"/> 人口頭蓋																医師氏名																		
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析																電話番号 ()																		
<input type="checkbox"/> その他()																																		

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。