

被保険者情報	① 被保険者証	記号 54	番号 100
	② 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	③ 生年月日 昭平令 59 年 7 月 1 日
	④ 住所	〒 104 - 0042 東京 都 道 県 中央区入船1-2-9 八丁堀MFビル6階	⑤ 電話番号 03 (5542) 8058 ※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 ○○信用保証協会 所在地 東京都○○区○○0-0-0	電話番号 03 (0000) 0000
	⑦ 提出委任	<input checked="" 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) 左アキレス腱断裂 2) 3)	⑨ 発病又は負傷年月日 平令 4 年 4 月 5 日 平令 年 月 日 平令 年 月 日
	⑩ 発病時の状況又はケガの原因(詳しくご記入ください)	(いつ頃、どんな状態で負傷したかを詳しくご記入ください) 令和4年4月5日、早朝に自宅近くの川沿いをランニング中に負傷。 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)	営業	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 療養のため休んだ期間(申請期間)	平令 4 年 4 月 5 日 から 87 日間 平令 4 年 6 月 30 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 4 年 4 月 1 日 から 報酬額 平令 4 年 6 月 30 日 まで 240,000 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、傷病名 年金の種類 □ 障害厚生年金 □ 障害手当金 受給の要因となった傷病名と基礎年金番号等 基礎年金番号 年金額 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	⑱ 「はい」「請求中」の場合、年金の名称 年金の種類 □ 障害厚生年金 □ 障害手当金 受給の要因となった傷病名と基礎年金番号等 基礎年金番号 年金額 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、労働基準監督署 労働基準監督署	

振込希望口座	金融機関名称	全国 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)	ケンポ タロウ	支店 本店・出張所 その他 ()	口座番号	0 0 0 0 0 0 0 0
				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 氏名
	代理人 (口座名義人)	住所 氏名 被保険者との関係 ()
	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	

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

① 被保険者氏名 **健保 太郎**

勤務状況

	出勤	有給
平令 4 年 4 月 5 日 から 平令 4 年 4 月 30 日 まで 26 日間	0 日	18 日
平令 4 年 5 月 1 日 から 平令 4 年 5 月 31 日 まで 31 日間	0 日	0 日
平令 4 年 6 月 1 日 から 平令 4 年 6 月 30 日 まで 30 日間	0 日	0 日

② 労務に服さなかった期間

この期間に対して、賃金を支給しました(します)か?

はい いいえ

④ 被保険者の種類

月給 時間給 日給 歩合給 日給月給 その他

⑤ 賃金計算

締日 末日 **10 日**

支払日 当月 翌月

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	4 月 1 日 ~	5 月 1 日 ~	6 月 1 日 ~
		4 月 30 日 分 支給額	5 月 31 日 分 支給額	6 月 30 日 分 支給額
基本給	150,000 円	150,000 円	円	円
通勤手当	180,000 円	30,000 円	30,000 円	30,000 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	330,000 円	180,000 円	30,000 円	30,000 円
	日額	6,000 円	1,000 円	1,000 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。

通勤手当:欠勤控除なし 4月10日 6か月定期券代(4月~9月分)として180,000円支給。

5月分~6月分の基本給は欠勤のため支給なし。

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

勤務先の事業主より必ず証明を受けてください。

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 checked="" type="checkbox"/> 負傷																								
	労務不能と 認められた期間	平・令	年	月	日	から	日間																							
平・令		年	月	日	まで																									
うち入院期間	平・令	年	月	日	から	日間	転帰																							
	平・令	年	月	日	まで			<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										担当医より必ず証明を受けてください。																				
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析																														
<input type="checkbox"/> その他()																														医師氏名
										電話番号 ()																				

* 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。