

支給決定伺

支給額	円				
支給開始年月日	平・令 年 月 日				
支給期間	自 平・令 年 月 日				
(日間)	至 平・令 年 月 日				

傷病手当金支給申請書(第 回)

[記号] - [番号 : 右づめ] 令和 年 月 日 提出

健康保険被保険者証の記号・番号	-	被保険者の氏名	㊞
被保険者の住所	(〒 -) 都・道府・県 ㊞ ()		
事業所の名称	被保険者の生年月日	昭・平 年 月 日	
傷病名	発病又は負傷の日	平・令 年 月 日	
発病又は負傷の原因(詳しく記入すること)	第三者行為によるものですか		いいえ ・ はい
労務に服することができなかった期間(支給申請期間)	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日まで 日間		

障害厚生年金、障害手当金を受給しているときは記入してください ※年金額を証明できる書類の写しを添付してください

年金の種類	<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金	年金額	円	受給の要因となった傷病名
支給開始日	昭・平・令 年 月 日	基礎年金番号		年金コード

老齢又は退職を事由とする公的年金を受給しているときは記入してください ※年金額を証明できる書類の写しを添付してください

年金の名称	年金額	円
支給開始日	昭・平・令 年 月 日	基礎年金番号
		年金コード

委任状

本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。(被保険者と代理人との関係 : _____)

令和 年 月 日

被保険者の住所
氏名 ㊞

代理人の住所
(口座名義人) 氏名 ㊞ ㊞ ()

振込先

金融機関の名称 銀行・金庫 本店・支店
信組・農協 出張所
その他() 本所・支所

預金種別 普通 当座 口座番号 _____ 左づめでご記入ください

口座名義 _____ カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入下さい。)

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。(マイナンバーを記載した場合には、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。)

備考

受付日付印

療養を担当した医師の意見

傷病名	発病又は負傷の原因
発病又は負傷の日	平・令 年 月 日 初診日 平・令 年 月 日
労務不能と認めた期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで 日間 診療実日数 日
上記期間中に入院した場合はその期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで 日間
主たる症状及び経過の概要	転 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 中止 帰 <input type="checkbox"/> 転医
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日	
医療機関所在地	
医療機関名称	
医師氏名 ㊞ ㊞ ()	

事業主証明

労務に服さなかった期間 平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 日間

労務に服さなかった期間中の賃金の支払状況について、次のいずれかに☑してください。

現在までも、将来も支給しない。

全部支給、または一部支給した(する)。 ※下記にその内訳を記入してください。

自	至	日数	支給額	日額	備考
平令 年 月 日	平令 年 月 日	日間	円	円	
平令 年 月 日	平令 年 月 日	日間	円	円	
平令 年 月 日	平令 年 月 日	日間	円	円	
平令 年 月 日	平令 年 月 日	日間	円	円	

上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 ㊞ ㊞ ()

※勤務表・賃金台帳の写しを添付してください。