

※支給決議書	支払額								円	常務理事	事務長	会 計	担 当	担 当
	支給期間	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日 日間									資格	得	年 月 日	
		喪	年 月 日											
備考	決定標準報酬													

(第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号		記号		番号		事業所名称				
	社員番号										
	被保険者の 氏 名						生年月日	昭和 平成	年	月 日	
	被保険者の 住 所		〒 ー				電話番号		()		
	傷 病 名						発病又は 負傷年月日	令和	年	月 日	
	発病又は負傷 の原因を詳しく								第三者行為によるものですか？		
									はい ・ いいえ		
	傷病又は負傷の療養をする ため休んだ期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間								
	上記期間の報酬の全額又は 一部を受けたとき、又は受け る事ができるときはその報酬 額及び期間		年 月 日 から 年 月 日 まで 日間								
			受けた報酬額		円		受けることができる報酬額		円		
障害年金・障害手当金・老 齢退職年金給付を受けてい るとき、又は受けることがで きるとき		年金の種別		障害年金 ・ 障害手当金 ・ 老齢退職年金給付			年金額		円		
		年金受給開始日		年 月 日			障害年金・障害手 当金の受給事由と なった傷病名				
		年金受給の場合の年金番号									
* 振込希望の銀行名 (日本国内の銀行に限る)		銀行 (銀行コード)					口座番号 (普・当)				
		店 (店コード)					口座名義 (カタカナで記入)				

* 被保険者の口座を記入してください。給付金の受領を他の人に依頼するときは、その方の口座を記入し、下の欄に必要事項を記入してください。
被保険者欄は被保険者自身が記入、代理人欄は代理人自身が記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	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
	被保険者	住 所	〒	—				
		氏 名						
	代理人	住 所	〒	—				
		氏 名						

受付日付印

◎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、正しい内容と証明者の氏名（サイン）を記入してください。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		出勤は○で、有休は△で、半休は半で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。																																
	年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 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																																
		年 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																																
		年 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																																
	上記の期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日までの分として															円					月 日支払													
		年 月 日から 年 月 日までの分として															円					月 日支払													
		年 月 日から 年 月 日までの分として															円					月 日支払													
	現在までも又は将来も支給しない場合はその旨																																		
	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 電 話																																		

注) 賃金台帳の写しを添付してください。半休の場合は欄外に午前半休か午後半休かを記載してください。

療養を担当した医師が記入するところ	傷病名																発病又は負傷の原因																	
	発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日															療養の給付を開始した年月日	令和 年 月 日																
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 日間															診療実日数					日間												
	傷病の主症状および経過概要																																	
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日																																	
	住 所 医 師 医療機関名 氏 名 電 話																																	

【注意】傷病手当金が支給されるのは、続けて3日以上休んだ場合で、次の4日目からです。初回の最初の3日間は待期といい、支給されません。しかし、待期もその傷病で働けないという医師の証明は必要となります。医師に「労務不能と認めた期間」の欄を記入してもらう際にはご注意ください。

＜第1回目申請の際の注意＞

傷病手当金が支給されるのは、続けて3日以上休んだ場合で、次の4日目からです。
初回の最初の3日間は待期といい支給されませんが、その傷病で働けないという
医師の証明は必要となります。
また、有給休暇、土日・祝日等の公休日も待期に含まれます。

＜復職前最後の申請の際の注意＞

傷病手当金は、働けない状態であるなら土日や祝日も支給対象となる場合がありますので、
念のため、医師には復職前日までの「労務不能期間」の証明をいただいでください。