

※印欄は記入しないでください。

※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
		備 考	決定標準報酬										喪	年 月 日

傷病手当金支給申請書

(第 1 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	1	番号	1 2 3 X	事業所名称	東京エレクトロ (株)			
	社員番号	0 0 0 5 6 X								
	被保険者の 氏 名	東京 太郎				生年月日	昭和 平成	5 3 年	5 月	x 日生
	被保険者の 住 所	〒 1 8 3 - 1 2 3 X 東京都府中市〇〇町 1 - 2 - X				電話番号	0 4 2 (6 5 3) 2 3 1 X			
	傷 病 名	大腿骨骨折				発病又は 負傷年月日	令和	2 年	2 月	1 日
	発病又は負傷 の原因を詳しく	自宅階段で転倒					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 2 年 2 月 1 日から 令和 2 年 2 月 2 8 日まで 2 8 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 ること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								
	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)	三菱UFJ 銀行 (銀行コード 0005)				口座番号	普 当	0 1 3 5 7 X		
府中 店 (店コード 225)				口座名義 (カタカナで記入)	トウキョウ タロウ					

* 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

③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	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	日まで	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																														
	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																														
	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												
	傷病の主症状および経過概要	療養を担当した医師に記入してもらってください。																																
	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。