

記入例

傷病手当金支給申請書

※ 月ごとに申請してください

退職者・任意継続被保険者は在職時の記号・番号

第 ○ 回

一、この様式は、被保険者が傷病のために会社業務を休んだ期間の報酬等の支払いを減額又は受けられない場合に請求するものです。
二、この請求をするときは「療養を担当した医師の意見」の証明を受け、組合に提出してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号 ○	従業員番号 ○○○○○	生年月日	昭和 平成	年 月 日	年 月 日	
	番号 ○○○○						
	所属事業所 及び部署名	ヨドバシカメラ ○○店	資格取得 年月日	平成 令和	年 月 日	資格喪失 年月日	平成 令和
	電話 ○○-○○○○-○○○○						退職日の翌日
	傷病名	○○病	発病または 負傷年月日	平成 令和	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	発病または 負傷の原因	詳しい傷病原因等をご記入ください。 ～発病又は負傷の状況について詳しくご記入ください～		労災給付の 受給状況の 確認	1.受給していない 2.受給している 3.申請中である	第三者行為 によるもので すか	1.はい 2.いいえ
	労務に服する ことができな かった期間	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 から				○○ 日間	
	上記の期間中 に報酬の全部 または一部を 受ける事ができ るとき	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 から				○○ 日間	
		令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 から					
	各種年金・障 害手当金受給 の有無	1.なし 2.あり 3.請求中	種別 1.障害年金 2.障害手当金 3.老齢年金	受給 金額 ○○○○ 円	受給 対象の 傷病名 ○○病	受給 開始 年月日	平成・令和 年 月 日 ○ ○ ○ ○ ○ ○
無職無収入の 証明	令和 ○○ 年 ○○	※資格喪失後の方、任意継続被保険者の方は、無職無収入証明をご記入ください。		退職者記入欄 ※ 任意継続被保険者も含まます		日間 無職無収入でした。	
振込先 (被保険者名義)	○○ 銀行	○○ 本店・支店	普通 当座	店番号	123		
	口座名義(カタカナ)	ケンポ タロウ	口座番号	1234567			
上記のとおり申請します。 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 住所 〒○○○-○○○ 東京都○○区○○○ ○-○-○ 被保険者 氏名 健保 太郎 電話 03 (○○○○)○○○○							

- 1.当申請書は、ひと月ごと(暦月)に作成の上、提出してください。
- 2.障害年金・障害手当金・老齢年金等を受けている方は、受給資格者証及び直近の年金通知書等の写しを添付してください。

受付日付印