

健 保 記 入 欄	支給期間	自 平成 年 月 日	日間	標準報酬	月額
		至 平成 年 月 日		日額	
	支給額算定式	円 × 日 = 円		法定日額	

A4 (両面コピー) 又はA3 サイズでコピーして下さい 兪傷病手当金支給申請書 (第 1 回)

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 ○○○○	被保険者資格取得日	平成 2 7 0 4 0 1	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合)	平成	年 月 日
	フリガナ	ケンボ タロウ		〒	○○○-○○○		
	被保険者氏名	健保 太郎		被保険者住所	東京都○○区○○町1-1-1		
	生年月日	昭和・平成 58 年 7 月 5 日		電話	○○ (○○○○) ○○○○		
	事業所名及び電話	株式会社○○○○ ○○○部		電話	○○○ (○○○) ○○○○		内線 (○○○)
	傷病名	○○○○病		発病又は負傷年月日	平成 2 7 1 0 0 1	年 月 日	
	発病の状態又は負傷の原因を詳しく	発病の状態等について詳しく記入してください			第三者の行為によるものですか	いいえ ・ はい	
	傷病又は負傷で療養するため休んだ期間	平成 27 年 10 月 1 日 から		31日間	平成 27 年 10 月 31 日 まで		
	うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられますか	現在まで	受けた	受けない	将来	受けられる	受けられない
	報酬支払を受けたとき(受けられる)ときは、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	の日分として		円	
障害厚生年金又は障害手当金受給の有無	有	無	請求中	基礎年金番号	-		
受給病名			障害厚生年金、手当金の額	円			
任 意 継 続 被 保 険 者 ・ 資 格 喪 失 者 の 方	高齢又は退職を事由とする公的年金受給の有無			年金コード又は記号番号もしくは番号	年金額		
	有	無	請求中			円	
	無職無収入の証明	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間 無職無収入でありました。			

支 払 金 融 機 関	○ ○ ○ ○ ○	銀行金庫	○ ○ ○ ○ ○	本店支店
	金融機関コード(○○○○)	店番号 (○○○○)		
	預金種別	普通・当座	口座番号	
			○○○○○○○	
	フリガナ	ケンボ タロウ		
口座名義	健保 太郎			
※被保険者名義				

平成 年 月 日提出

受付日付印

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間	給与の締日 及び 支払日 日締 日払
	申請期間中の分として支払う報酬関係	①全額支給した場合又は支給する場合	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	の分として (金 月 日支払) 円
		②一部支給した場合		の分として (金 月 日支払) 円
		③現在まで又は将来支給しない場合		の分として (金 月 日支払) 円
上記のとおり相違ないことを証明します。				平成 年 月 日
所在地				
事業主 名称				
氏 名				
電 話				

事業主の証明欄

療養を担当した医師が意見をかくところ	傷 病 名				
	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	平成 年 月 日			
	療養の給付を開始した年月日	平成 年 月 日			
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因				
	労 務 不 能 と 認 め た 期 間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間	左の期間中の 診療実日数	日間
	傷 病 の 主 因 及 び 経 過				
	入 院 した 期間が 場 合 は そ の			日間	
上記のとおり相違ないことを証明します。					
平成 年 月 日					
医療機関所在地					
医療機関名					
医師の氏名					
電 話					

医師の証明欄

社会保険労務士の 提出代行者の印	Ⓜ
---------------------	---