

# 傷病手当金申請書(支給No. )

被保険者または被保険者であった者記入事項	①被保険者証の記号・番号	(記号) _____ (番号) _____	②所属事業所の名称	
	③被保険者の氏名		④発病または負傷の年月日	令和 年 月 日
	⑤傷病名			
	⑥発病または負傷の原因			
	⑦労務に服することができなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで _____ 日間		
	⑧障害を事由とする年金・一時金の受給	ある・ない	障害基礎年金(加算含)	年額
			障害厚生年金(加給年金含)	年額
			障害手当金	金額
	⑨老齢、退職を事由とする年金の受給	ある・ない	老齢(退職)年金(加給年金含)	年額
	⑩雇用保険の求職者給付の受給(現在)	ある・ない・延長中	受給開始日	令和 年 月 日~
	⑪振込先銀行・口座 (被保険者名義の口座)	銀行	口座番号(普通・当座)	口座名義人(カナ)
支店				
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 千 - TEL - - 被保険者の そごう・西武健康保険組合 理事長 殿 住所氏名 _____				

- ⑧で「ある」とされた方は年金証書(写し)と年金振込(支払)通知書を添付して下さい。
- ⑨で「ある」とされた方は年金証書(写し)と年金振込(支払)通知書を添付して下さい。(任意継続被保険者又は退社者のみ)
- ⑩で「ない」「延長中」とされた方は次の書類を添付して下さい。(任意継続被保険者又は退社者のみ)
- I) 雇用保険受給申込みをされていない方……離職票1、2(写し)
- II) 雇用保険受給期間延長をされている方……雇用保険受給期間延長通知書(写し)
- III) 雇用保険受給満了の方……受給終了日がわかる受給資格者証(写し)

委任状	保険給付金の受領を下記の者に委任いたします。以下の(1)(2)のいずれかに○をつけてください。	
	令和 年 月 日	被保険者の 氏名 _____
	(1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人 (2) (1)以外の受領代理人 (2)選択の場合は右欄に記入	代理人の 住所・氏名 _____

領収書	金 _____ 円を領収いたしました。	令和 年 月 日領収
	そごう・西武健康保険組合 理事長 殿	氏名 _____

医師または歯科医師の意見	⑫ 傷病名		⑬発病または負傷の年月日	平成 年 月 日 令和	
	⑭労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	⑮左記期間中の実診療日数	日	
	⑯上記期間中に入院したときは その期間	(1)令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間	
		(2)令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間	
	⑰労務不能である旨の証明 (傷病の主状態および経過 概要:結核性のときはその旨)	_____			
	上記のとおり証明いたします。 令和 年 月 日	住所(所在地)	医師 医療機関名	電話 ( )	氏名 _____

\*傷病手当金継続給付の場合は、1ヶ月ごとに請求してください。なお、1ヶ月の期間は1日~月末を基本としますが、前月16日~当月15日を期間とすることも可とします。

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者・証明者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

傷病手当金申請に伴う勤怠および報酬支払証明書

従業員NO		賃金支払区分		労務不能開始	
氏名		従業員区分		労務不能終了	

※医師が証明する労務不能期間について記載してください

令和 年 月度 勤怠 実績	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				

令和 年 月度 勤怠 実績	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				

※勤怠実績は有給休暇…「有」、指定休…「指」、個別休…「個」、欠勤…「欠」、私傷病…「私傷」と記入して下さい。

※勤怠実績証明が3ヶ月以上にまたがる場合は、複数枚事業主証明をつけてください。

令和 年 月 日

以上のとおり証明いたします

所在地  
名称  
事業主

事業主証明欄

(そごう・西武健康保険組合使用欄)

支給(支出)決定伺	標準報酬月額(平均)	円	標準報酬日額	円	標準報酬日額の2/3	円	
	区分	支払期間	支給日数	支給日額	支給額	待期間および法第108条該当期間	
	法定		日間	円	円	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 待期間	
	合計		日間	円	円	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで法第108条	
	支給決定のうえ支払いしてほしいか				令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 直接払 <input type="checkbox"/> 間接払(給与振込)	
	・一般被保険者	資格取得年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	常務理事	事務長	担当者
	・"	資格喪失年月日	令和	年 月 日			
・任継被保険者	資格取得年月日	令和	年 月 日				
・"	資格喪失年月日	令和	年 月 日				

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)