

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) 7001 - 654322 (番号)	②所属事業所の名称	そごう 横浜店
	③被保険者の氏名	健保 太郎	④発病または負傷の年月日	令和 2年 4月 20日
	⑤傷病名	左大腿骨骨折		
	⑥発病または負傷の原因	朝、自宅の階段より転落		
	⑦労務に服することができなかった期間	令和 2年 4月 20日から 令和 2年 4月 30日まで 11日間		
	⑧障害を事由とする年金・一時金の受給	ある <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/>	障害基礎年金(加算含)	年額
	⑨老齢、退職を事由とする年金の受給	ある <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/>	障害厚生年金(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 <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> 延長中	障害手当金	金額
	⑪振込先銀行・口座 (被保険者名義の口座)	〇〇 銀行 野田 支店	老齢(退職)年金(加給年金含)	年額
	⑪雇用保険の求職者給付の受給(現在)	ある <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> 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)	〇〇 銀行 野田 支店	口座番号(普通・当座)	口座名義人(カナ)
		123456	ケンポ タロウ	
上記のとおり申請いたします。 令和 2年 5月 3日		障害を事由とする年金を受給 できる場合等は給付されないことが あります。詳しくは人事担当へ		
そごう・西武健康保険組合 理事長 殿		〒220-8510 TEL 045-210-1234 被保険者の 横浜市西区〇〇町4-3-15 住所氏名 健保 太郎		

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)

- I) 雇用保険受給申込みを希望する場合は、年金証書(写し)と年金振込(支払)通知書を添付して下さい。
- II) 雇用保険受給期間延長を希望する場合は、年金証書(写し)と年金振込(支払)通知書を添付して下さい。
- III) 雇用保険受給満了の方

申請者は(1)に〇をつけてください。
 また、事業主もしくは事業主代理人の
 記名・押印は不要です。
 (2)選択の場合は事前に健保組合へ
 ご相談ください

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)のいずれかに〇をつけてください。	
	令和 2年 5月 3日	被保険者の氏名 健保 太郎
	(1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人	代理人の住所・氏名 (2)選択の場合のみ記入が必要となります。
	(2) (1)以外の受領代理人 (2)選択の場合は右欄に記入	

金	円を領収いたしました。	令和 年 月 日領収
	健保 太郎 殿	氏名 健保 太郎

〈医師証明欄記載のポイント〉
 ・その病状にあることを最初に確認したのはいつか
 ・証明期間中のいつ、どんな治療をし、どんな病状だったので労務不能と判断したのか

医師または歯科医師の意見	⑭労務不能と認めた期間	令和 2年 4月 20日から 令和 2年 4月 30日まで	⑮発病または負傷の年月日	平成 令和 2年 4月 20日
	⑯上記期間中に入院したときはその期間	(1)令和 2年 4月 20日から 令和 2年 4月 27日まで (2)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	11 日
	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)	令和2年4月20日に本院初診。左大腿骨の複雑骨折により入院手術を行い、退院後の28日以降もギプス固定による安静加療とリハビリ通院を要する状態であったため、証明期間は労務不能と判断いたします。		
	上記のとおり証明いたします。	住所(所在地)	横浜市中区中央2-19-12	
	令和 2年 5月 2日	医師 医療機関名	実玲外科医院	
	電話 ()			
	氏名	実玲吾郎		

☆この欄は医師または歯科
 医師に証明をもらって下さい

※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	654322	賃金支払区分	日給月給	労務不能開始	R 2. 4. 20
氏名	健保 太郎	従業員区分	社員 I	労務不能終了	R 2. 4. 30

※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 2年 4月 度 勤 怠 実 績	1	2	3	4	5	6	7	
	8					13	14	
	15						20	21
	22	23	24	25	26	27	28	
		欠	欠	欠	欠	欠	欠	
	29	30	31					
		欠	欠					

20~22日…待機期間(3日間)
23~30日…傷病手当金支給(8日分)

(2) 令和 年 月 度 勤 怠 実 績	1	2	3	4	5	6	7
	8						14
	15						21
	22						28
	29	30	31				

〈就労不能期間の記載のポイント〉
・傷病手当金 継続給付の場合は、「1か月ごと」に請求してください。
※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。

※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 2 年 5 月 8 日

以上のお通り証明いたします

所在地 東京都千代田区二番町5-25
名称 株式会社 そごう・西武
事業主 事業主又は事業主代理人

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 同	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	待機期間および法第108条該当期間	
	法定	・ ・ ・ ・ ・	日間	円	円	令和 年 月 日から 日まで 待機期間	
	合計					日から 日まで 法第108条	
	支給決定の	健康保険組合記入欄					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)