令和	年度
款	保険給
項	法定給
目	傷病手

黄色の欄・個所を全てご記入ください。
 (無記入欄がある場合、**一旦ご返却することもあります**)
 *原則1カ月ごとにご申請ください

担当	各長
支給決定印	
事務長	常務理事

傷病手当金支給申請書 (第 回)

被保険者証 記号・番号	4000・1234567	請年 月 日	令和 年 月 日
被保険者 氏名	① 健保 太郎	印	② 四国電力(株) 人事労務部 従業員サービスセンター
退職者の 場合			
勤務しな かった期 間	和 年 月 日 から 和 年 月 日 まで 日間 円		
傷病	和 年 月 日		
支払金融機関 被保険者 名義の口座	③ 〇〇銀行	9 9 9 9	〇〇支店 9 9 9 普通 9 9 9 9 9 9 9

<記入時の注意事項>

- ① 「被保険者氏名」欄は、従業員ご本人様の氏名をお願いします。
- ② 「会社名・所属」については、被保険者が勤務している会社・部所名をご記入ください。
- ③ 銀行・支店・預金種別をご記入ください。「銀行コード」および「支店コード」については、ご不明な場合は、無記入でも結構です。

<記入時の注意事項>

- ④ 公的年金の受給の有無をご記入ください。年金等の合計額が傷病手当金を上回るときは支給されません。ただし下回るときはその差額が支給されます。
*雇用保険を申請または受給されている場合は、金額にかかわらず支給されません。

☒ はい	☐ いいえ	☐ 請求中
病名	〇〇〇〇	④
給開始年月日	和 年 月 日	年金額(年額)
		1,000,000円

主治医の意見

傷病者氏名	発病・負傷	令和 年 月 日
傷病名	原因	
主症状経過概要	⑤	
労務不能と認め た期間	令和 年 月 日	令和 年 月 日
上記のとおり相違ありません。		
	令和 年 月 日	

<記入時の注意事項>

- ⑤ 保険医に証明してもらってください。
“主症状経過概要”記入欄は、労務不能と認めた期間に対する経過概要に加えて、労務不能であることの具体的理由および就労可能見込時期を記入していただくよう依頼してください。
*労務不能状況が不明瞭な場合は、医師照会等させていただく場合がございます。

事業主の証明
(退職者の場合は
民生委員の証明)

傷病者氏名	
勤務しな かった期 間	令和 年 月 日 令和 年 月 日
上記のとおり相違ありません。	
	令和 年 月 日

<記入時の注意事項>

- ⑥ 事業主に証明してもらってください。
(退職者の場合は、お住まいの地区の民生委員に証明してもらってください。)

標準報酬月額	千円	標準報酬日額	円
待機期間	あり (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間)	なし	
支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで	日間	
傷病手当金支給決定額			

受付印

出納印

(注) 1. 申請書は太枠の中のみ記入して下さい。
2. 保険給付金は、ご指定の口座への振込と同時に領収されたものとなります。