

傷病手当金支給申請書

第 1 回目

〔被保険者(申請者)が記入するところ〕

申請日 令和××年 ××月 ××日

被保険者証の記号と番号		被保険者(申請者)の氏名		印 (自署の場合押印不要)
記号 203	番号 0000	住友 太郎		
所 属	××支店			
傷 病 名	抑うつ状態		発病又は負傷の時期	令和 ×× 年 × 月 × 日
発病時の状況(負傷の原因)及び現在の状況		原因不詳、意欲低下、抑うつ気分、不安、憔悴		
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		

〔事業主の証明〕

労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間						
うえの期間中の分として報酬を「支給した」場合又は「支給する」場合、その期間と支給額を記入してください。									
該 当 月	年	月	日	年	月	日	日間	支 給 額	日 額
年 月	自:			至:				円	円
年 月	自:			至:				円	円
うえのとおり相違ないことを証明します。					年 月 日				
事業所所在地									
事業所名称									
事業主氏名					印				

〔医師の意見〕

受 診 者 氏 名	医師によるご意見欄は、傷病手当金の支給・不支給の判断をするために大変重要となりますので、できるだけ詳しく記入してください。	
労務不能と認めた傷病名	初 診 日	年 月 日
発病又は負傷の原因		
労務不能と認めた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	左記期間中の診療実日数	日
●労務不能と認めた期間における主たる症状及び経過(診療内容、検査結果、療養指導等、詳しく)		
うえのとおり相違ありません。		
医療機関所在地		
医療機関名称		
医師の氏名		
印 電 ー ー		

委任状	私はこの申請により給付される傷病手当金の受領方を、	令和××年××月××日
	株式会社住友倉庫	に委任します。
	被保険者氏名	住友 太郎 印

住友倉庫健康保険組合	こちらは記入不要です		
------------	------------	--	--