

# 傷病手当金支給申請書

第 回 目

〔被保険者(申請者)が記入するところ〕

申請日 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<br>(自署の場合押印不要) |
| 記号                   | 番号 |                    |           |                  |
| 所 属                  |    |                    |           |                  |
| 傷 病 名                |    |                    | 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 |    |                    |           |                  |
| 労務に服することができなかった期間    |    | 年 月 日から 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 電話 — —                                |                                                               |               |

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、 年 月 日  
株式会社住友倉庫 に委任します。  
被保険者氏名 印

|                |          |   |
|----------------|----------|---|
| 支給期間           | 自: 年 月 日 | 日 |
|                | 至: 年 月 日 |   |
| 標準報酬日額: 円      |          |   |
| 手当金日額: 円       |          |   |
| 手当金支給開始: 年 月 日 |          |   |
| 手当金満了予定: 年 月 日 |          |   |

|       |
|-------|
| 支給決定額 |
| 円     |

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |