被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名	フリガナ		☐ 昭和 ☐ 平成			

住 所	(〒 -)			都 道 府 県			
	TEL (日中の連絡先)			()			

※下記確認欄へ☑をお願いします。

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。
☐	① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については、誤りがないか申請者本人が確認している。

委 任 状 欄	被保険者 （申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	代理人 (健保口 口座名義人)	氏名 (〒 -) 事業所所在地 事業所名称 氏名 電話番号 ()	住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ 令和 年 月 日

受 取 口 座	公金受取口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は☑。利用しない場合は上記委任状欄を記入。)
------------------	--------	--

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者の氏名（サイン）をご記入ください。

受付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

「申請者記入用」は2ページに続きます>>

申請内容	1 傷病名	2 発病または負傷年月日	令和 年 月 日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
3	該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	☐	1. 病気 → 発病時の状況 () 2. ケガ → 負傷原因届を合わせてご提出ください。
4	療養のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
5	あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事内容)		

確認事項	1	上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。また、今後受けられますか。	☐	1. はい 2. いいえ
	1-①	上記で1. はいの場合は、その報酬とその報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	報酬額 円
	2	「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合は、どちらを受給していますか。	☐	1. はい → ☐ 1. 障害厚生年金 2. 請求中 ☐ 2. 障害手当金 3. いいえ
	2-①	上記で1. はいの場合は受給の要因となった(なる)傷病名及び基礎年金番号等をご記入ください。	傷病名 基礎年金番号	年金コード
		また、2. 請求中の場合は、傷病名・基礎年金番号のみご記入ください。	支給開始年月日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	年金額 円
	3	(健康保険の資格を喪失した方をご記入ください。) 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。受給の場合はその名称をご記入ください。	☐	1. はい → 名称 2. 請求中 3. いいえ
	3-①	上記で1. はいの場合は基礎年金番号等をご記入ください。	基礎年金番号	年金コード
		また、2. 請求中の場合は、基礎年金番号のみご記入ください。	支給開始年月日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	年金額 円
	4	今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか。	☐	1. はい 3. いいえ 2. 労災請求中
	4-①	上記で1. はいまたは2. 労災請求中の場合は支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。		労働基準監督署
5	介護保険サービスを受けたとき	保険者番号 保険者名称	被保険者番号	

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者の氏名(サイン)をご記入ください。

「事業主記入用」は3ページに続きます>>

労務に服することができなかつた期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名																																				
	就労状況【出勤は○】【有給は△】【公休は公】【欠勤は／】をそれぞれ記入してください。		出勤	有給																																	
	令和	年	月	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	計	日	日
	令和	年	月	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	計	日	日
	令和	年	月	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	計	日	日
	令和	年	月	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	計	日	日
上記の期間に対して、賃金を支給しました（します）か。		☐ はい	給与の種類	☐ 月給	☐ 時間給	賃金計算	締日																						日								
		☐ いいえ		☐ 日給	☐ 歩合給		支払日	☐ 当月																						日							
				☐ 日給月給	☐ その他			☐ 翌月																						日							
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を記入してください。																																					
支給した（する）賃金内訳	期間	単価	月	日	月	日	月	日	賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。																												
			～	～	～	支給額	支給額	支給額																													
	基本給																																				
	通勤手当																																				
	住居手当																																				
	扶養手当																																				
	手当																																				
	手当																																				
現物給与									担当者氏名																												
計																																					
上記のとおり相違ないことを証明する。													令和	年	月	日																					
事業所所在地																																					
事業所名称																																					
事業主氏名																																					
電話番号													()																								

【被保険者の方へ】

- ・お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

【事業主の方へ】

- ・労務に服することができなかつた期間を含む賃金計算期間（賃金計算の締日の翌日から締日の期間）の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。
- ・給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。
- ・賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。
- ・労務に服することができなかつた期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

「療養担当記入用」は4ページに続きます>>

療養 担 当 者 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	患者氏名																															
	傷病名	療養の給付開始年月日 (初診日)																														
		平成・令和			年	月	日																									
		平成・令和			年	月	日																									
	発病または 負傷年月日	☐ 発病	☐ 負傷	平成・令和 年 月 日																												
		発病または負傷の原因																														
	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																					
		令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで																					
	うち入院 期間	令和	年	月	日	から	手術年月日	令和	年	月	日																					
		令和	年	月	日	から	退院年月日	令和	年	月	日																					
療養費用 の別	☐ 健保	☐ 公費 ()	転帰																													
	☐ 自費	☐ その他	☐ 治癒		☐ 中止		☐ 繰越					☐ 転医																				
診療日を○ で囲んでく ださい。	月	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
	月	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
	月	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
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）																																
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																
人工透析を 実施または 人工臓器を 装着したとき	人工透析の実施 または人工臓器 を装着した日	☐ 昭和	☐ 平成	☐ 令和	人工臓器等 の種類											☐ 人工肛門					☐ 人工関節											
年 月 日				☐ 人工骨頭					☐ 心臓ペースメーカー					☐ 人工透析					☐ その他 ()													
上記のとおり相違ありません。																																
令和 年 月 日																																
医療機関の所在地																																
医療機関の名称																																
医師の氏名																																
電話番号 ()																																

【被保険者の方へ】

- ・療養担当者（医師等）の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】

- ・複数の傷病名がある場合は主たる病名を順次ご記入ください。
- ・複数の傷病名がある場合はその傷病名の初診日をご記入ください。
- ・治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間をご記入ください。
また、**証明日以前の期間**をご記入ください。
- ・症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。