

〔被保険者への注意事項〕
傷病手当金の請求期間が1ヶ月以上にわたる場合は1ヶ月ごとに医師の証明をいただき請求して下さい。

被保険者証の記号・番号	1234・56	被保険者又は請求者の氏名及び生年月日	(フリガナ) ケンボ マサシ 健保 正司 昭和 52年 10月 1日	続柄	本人
被保険者の現住所	郵便番号 116 0011 東京都荒川区西尾久〇-〇-〇	TEL 03 (〇〇〇〇) 〇〇 携帯 090 (〇〇〇〇) 〇〇			
事業所名	株式会社 大川酒造				
被保険者の資格を取得した年月日	昭和 12年 4月 1日 平成 令和	発病又は負傷の年月日	平成 4年 1月 10日		
被保険者の業務の種類	製造	傷病名	上腕骨近位端骨折		
1回目の申請の場合は発症の状態、負傷原因を詳しく、2回目以降の申請の場合は期間の傷病の状態を詳しく記入	休暇の日に買い物途中、道で転び手をついた際に骨折した。				
	傷病の原因について <input checked="" type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 業務上				
疾病又は負傷の療養をするために休んだ期間(請求期間)	令和 4年 1月 11日 から 21日間 令和 4年 1月 31日 まで				
障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	いいえ・請求中・はい				
障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名及び受給開始年月日	受傷名 () 受給開始 年 月 日				
基礎年金番号(年金証書の記号番号)					
年金額(年額)	円				
任意継続被保険者・資格喪失者の方へ	老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか	いいえ・請求中・はい			
	受給開始年月日	年 月 日			
	基礎年金番号(年金証書の記号番号)				
	年金額(年額)	円			
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	はい・労災請求中・いいえ				
「はい」または「労災請求中」と答えた場合、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				

支払金融機関欄	銀行コード 〇〇〇〇	支店コード x x x	フリガナ	ケンボ マサシ
	〇〇〇〇〇〇	銀行・農協 信金・信組	x x x x x	支店 本店
口座番号	x x x x x x x x	フリガナ	ケンボ マサシ	
		口座名義	健保 正司	

被保険者または請求者の口座情報を記入して下さい。

令和 〇年 〇月 〇日

受付日付印

第一回目の請求及び一部でも給与の支給があった月はその期間（第1回目請求時は前2ヶ月分）にかかる出勤簿・賃金台帳の写しを添付して下さい。（賃金台帳には欠勤控除等の計算式を必ず記入して下さい。）

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		自 令和 4 年 1 月 11 日 21 日間 至 令和 4 年 1 月 31 日		
	給与形態	給与〆切り日（末日） 給与支払日（10日） 当月・翌月 勤怠控除日（10日） 当月・翌月	月給・日給・時給・その他（ ）		
	上期間の内訳	欠勤は、有休は、公休は/でそれぞれ表示して下さい。			出勤 有休
	4 年 1 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			4 日 2 日
	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			日 日
	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			日 日
	交通費	有・無 (精算済の場合には無に)	令和3年10月1日 ～ 令和4年3月31日分	83,700 円 (6ヶ月分)	担当者氏名 組合 恵子
	の期間として、現在までもまた将来も報酬を支給しない場合その理由		Aの期間の報酬は現在までもまた将来も支給しない。		
	上記のとおり相違ありません。 令和 4 年 2 月 14 日 事業所所在地 東京都港区新橋〇 - - 事業所名称 株式会社 大川酒造 事業主名 大川 元気 TEL 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇				

医師の
ま 就 医 師 へ の お 願 い
た く こ と が 不 能 い
こ と が 不 能 い
証 明 日 (〇 〇 〇 〇)
欄 〇 〇 〇 〇
以 前 の 期 間 と 認 め た 期 間 と そ の 日 数 を 記 入 し て く だ さ い。
(未 来 予 測 不 可)

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名	上腕骨近位端骨折			
	発病または負傷の原因	腕をついた際の外圧により受傷			
	発病または負傷の年月日	4 年 1 月 10 日	① 療養の給付を開始した年月日	4 年 1 月 11 日	
	② 労務不能と認められた期間	令和 4 年 1 月 11 日から 令和 4 年 1 月 30 日まで	21 日間	③ 左の期間中の診療実日数	5 日間
	④ 傷病の主状態、経過概要および労務不能と認められた医学的所見等	(1)②の期間中における主症状および経過（治療内容、検査結果、療養指導を詳しく） 上腕骨を骨折し、1月11日初診。バスタバンドで肩関節を固定。骨が固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。 (2)症状の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所見 骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要であったため労務不能とした。			
	人工透析または人工臓器等を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日	令和 年 月 日		
		人工の臓器等の種類	ア、人工虹膜 イ、人工膀胱 ウ、人工関節 エ、人工骨頭 オ、心臓ペースメーカー カ、人工透析 キ、その他（ ）		
	⑤ 上記した期間中に入院した期間がある場合はその期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	⑥ 手術年月日 令和 年 月 日	⑦ 退院年月日 令和 年 月 日
	⑧ 上記のとおり相違ありません。 令和 4 年 2 月 3 日 住所（所在地）〒 116-0014 東京都荒川区東日暮里〇 - - 医師 医療機関名 荒川総合病院 氏名 荒川 治二 TEL 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇				

社会保険労務士の提出代行者