

〔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 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の記号・番号		(フリガナ)		続柄
	●		被保険者又は請求者の氏名及び生年月日		
	昭和・平成 年 月 日		TEL () ()		携帯 () ()
	被保険者の現住所	郵便番号			
	事業所名				
	被保険者の資格を取得した年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	発病又は負傷の年月日	平・令 年 月 日	
	被保険者の業務の種類		傷病名		
	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の期間の傷病の状態を詳しく記入	傷病の原因について 私傷病 第三者行為 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 年 月 日 から		日間	
	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		支店コード	
	銀行・農協 信金・信組		支店 本店	
口座番号		フリガナ		
		口座名義		

令和 年 月 日
受付日付印

酒
フ
ー
ズ
健
康
保
険
組
合

被保険者または請求者の口座情報を記入して下さい。

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 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日			
	給与形態	給与〆切り日（ 日 ） 給与支払日（ 日 ） 当月・翌月 勤怠控除日（ 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
	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
	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 年 月 日 ~ 月 日分	円 (ヶ月分)	担当者氏名	
	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					
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主名		TEL ()			

医師へのお願い
②欄「労務不能と認められた期間」については、治療期間ではなく療養のため労務に
また、証明日（②欄）以前の期間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				
	発病または負傷の原因				
	発病または負傷の年月日	年 月 日	①療養の給付を開始した年月日	年 月 日	
	② 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	日間	③ 左の期間中の診療実日数	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な所見等	(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） (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			
	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 年 月 日 住所（所在地）〒 医師 医療機関名 氏 名		TEL ()		

社会保険労務士の提出代行者