

確認欄

この申請書については、次の①又は②の要件を満たしたものです。

①申請者本人（被保険者）が作成したものです。

ただし、医療機関証明及び事業主の証明欄は除きます。

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ます。

記入例

令和 5 年 6 月 7 日 提出

①事業所名称	(株)〇〇〇協同サービス			②被保険者証 記号-番号	100 - 33		
③被保険者氏名 住所・連絡先	氏名	健保 一郎	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	④生年月日	昭和・平成 45年 7月 20日	⑤年齢	52 歳
	住所	〒310-0022 水戸市梅香1丁目〇番地 〇〇ハイツ101号		連絡先	職場 029-〇〇〇-〇〇〇〇 携帯 090-〇〇〇-〇〇〇〇		
⑥傷病名	鎖骨骨折			⑦診療区分	<input checked="" type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 外来		
⑧あなたの仕事の内容 (退職後の申請の場合 退職前の仕事の内容)	経理事務、資材の管理業務、勤務時間内はデスクワークが中心となる。						
⑨発病又は負傷の原因	第三者・業務災害	発病又は負傷した時期	(原因及び経過)				
	該当 <input checked="" type="radio"/> 不該当	令和 5年 4月 1日	自宅で植木の剪定中に梯子から落下、 右肩を強打した。				
⑩診療又は手当の期間	2023年 4月 1日 ~ 年 月 日まで 日間 (通院中)					⑫公費 マル福	該当
⑪療養のため休んだ期間	2023年 4月 1日 ~ 2023年 5月 31日まで 61日間						<input checked="" type="radio"/> 不該当
⑬年金等の 受給	障害年金又は 老齢退職年金	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	請求中	有・請求中の場合 受給要因となる傷病名	基礎年金番号		
	障害手当金	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	請求中	(傷病名)	年金コード		
	その他の給付 (労災補償等)	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	請求中		年金額 (給付額)	円	受給開始年月日 年 月 日
⑭報酬が支払われない理由			会社(事業所)の給与規程により、病欠には給与が支払われないため。				

⑮給 付 金 振 込 先	公金受取口座(マイナポータル)	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で登録した公金受取口座を利用します。					※公金受取口座または健保組合登録口座 のいずれかに☑して下さい。	
	健保組合登録口座	<input checked="" type="checkbox"/> 健保組合に登録している給付金受取口座を利用します。						
	受 取 代 理 人 の 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 (氏名) (住所)					
		受 取 代 理 人	受取代理人 住所・電話 氏名					
			金融機関名称 及び預金種別		信連 農協 銀行	本店・支店	(普通・当座)	
口座番号							左づめでご記入下さい。	
	(フリガナ) 名義人	(フリガナ)						

○被保険者のマイナンバー記入欄

受付印

(②の被保険者証記号番号を記入した場合は記入不要です。)

令和5年5月改訂版

記入例

医療機関に記入を依頼して下さい。(医師の捺印は省略できます。)

患者氏名	健保 一郎	傷病名	鎖骨骨折	初診日	令和5年4月1日
発病又は負傷の原因	発病又は負傷した時期 2023年4月1日	原因 梯子がら落下し右肩部を強打したことによる。			
労務不能と認められた期間	2023年4月1日 ~ 2023年5月31日まで 61日間			診療日数	
うち入院期間	2023年4月1日 ~ 2023年4月30日まで 29日間			37日	
傷病の症状経過からみて労務不能と認められた医学的な所見	骨折した部位が固定するまで安静が必要であり、固定後も継続的なりハビリが必要とされる。よって、従来の職務については、労務不能であると認める。			療養費用の別	(健保) 自費・公費・その他
				転帰	治癒・中止・継続 転医
上記のとおり相違ありません。 2023年 5月 31日	医療機関	(所在地) 水戸市●●町2丁目●●番地 (名称) 総合病院○○○病院	医師の氏名	茨城 一郎	

○初回のみ給与規程(写)を添付して下さい。

事業主に記入を依頼して下さい。

被保険者氏名	健保 一郎	生年月日	S45 年 7 月 20 日	年齢	52 歳
労務に服さなかった期間	2023年4月1日 ~ 2023年5月31日まで 61日間				
勤務状況 【出勤は○】【有給は△】【公休は●】【欠勤は/】とし、それぞれ赤で表示して下さい。	出勤	有給			
4 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	0 日	8 日		
5 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	0 日	0 日		
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		
上記の期間を含む賃金計算期間の支給状況を記入して下さい。	給与の種類 (月給) 日給・週給・時給・その他[]				
期間	単価 (円)	3月1日 ~3月31日分	4月1日 ~4月30日分	月 日 ~ 月 日分	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入して下さい。 基本給: 欠勤控除あり 300,000円÷30日×15日=150,000円 通勤手当: 欠勤控除あり 住宅手当: 欠勤控除なし 家族手当: 欠勤控除なし 給与の締日と支払日 月末締めの日翌21日支払い
区分		支給額 (円)	支給額 (円)	支給額 (円)	
基本給	300,000	150,000	0		
通勤手当	10,000	0	0		
住宅手当	5,000	5,000	5,000		
家族手当	8,000	8,000	8,000		
手当					
計		163,000	13,000		
上記のとおり相違ないことを証明します。	令和5年6月7日				
事業主	住所 名称 氏名	水戸市○○町1丁目1番1号 株式会社 ○○○協同サービス			健保事務担当者確認欄 <input checked="" type="checkbox"/>
(※) 事業主の押印は省略できます。					