

1（第1回目） ※初回申請時は、別紙「同意書」を提出してください。

被保険者（申請者）情報	被保険者証の （右づめ）	記号 1 2 3	番号 4 5 6	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	4 0 0 1 1 1	
	氏名	(フリガナ) ソクリョウ タロウ 3 測量 太郎				
	住所	(〒 154 - 0017) 東京 都道府県 世田谷区世田谷〇-〇-〇				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (0000) 0000				

振込先指定口座	公金受取 口座	<input checked="" type="checkbox"/> 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☑を、利用しない場合は下記の欄を記入してください。)				
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()			本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	左づめで記入してください。		
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けて記入してください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字として記入してください。)			口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

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	
	代理人 (口座名義人)	住所	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	氏名	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記、備考欄へ記入してください。
※申請書に被保険者証の記号・番号を記入せず、備考欄にマイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写し(両面)」又は「個人番号通知カード又は個人番号が付記された住民票」と「本人を確認できる書類(運転免許証又はパスポート等)の写し」の添付が必要となります。

備考欄

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

【被保険者の方へ】

記入もれや誤りが多いところ（特に注意してください。）

- ① 請求回数を記入してください。第1回目(初回)申請時は別紙「同意書」を提出してください。
- ② 記号・番号は、健康保険証(カード証)の上部に記載されています。

- ③ 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名を記入してください。(住所・振込口座も同様です。)※生年月日欄は「被保険者」の生年月日を記入してください。相続人が、亡くなられた被保険者の被扶養者となっていなかった場合は、続柄の確認できる戸籍全部事項証明書の写しを添付してください。
※被保険者が亡くなられた場合は、公金受取口座は使用できません。

被保険者氏名 **測量 太郎**

申請内容	1 傷病名	1) 胃潰瘍 2) 3)	2 発病 又は負傷 年月日	令和 2 年 9 月 8 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 1. 病気 (発病時の状況) 9/8に激しい胃痛があり、翌日になっても治らないため病院へ行ったところ、緊急入院となる。 2. ケガ → 「負傷原因報告書」を併せて提出してください		
	4 療養のため休んだ期間(申請期間)	(令和) 年 月 日 から 日数 22 日間 0 2 0 9 0 9 から 0 2 0 9 3 0 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在職時の仕事の内容)	経理担当事務			
6 療養状況について詳しく どのように過ごしたのかを具体的に (通院、診療内容、医師からの指示内容など)	入院中は検査を行い点滴や投薬をうけた。退院後は9/27に通院するようにと指示をうけた。医師からは食事に注意するよう言われた。			

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。又は今後受けられますか。 1 - ① 「はい」と答えた場合、その報酬支払の対象となった(なる)期間(賃金計算期間)と、その報酬額を記入してください。	1 1. はい 2. いいえ 令和 2 年 9 月 1 日 から 報酬額 166,680 円 令和 2 年 9 月 30 日 まで
	2 「障害厚生年金」又は「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。 2 - ① 「はい」と答えた場合は、受給の要因となった(なる)傷病名及び基礎年金番号等を記入してください。 「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号を記入してください。	3 1. はい → <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 2. 請求中 → <input checked="" type="checkbox"/> 2. 障害手当金 3. いいえ 傷病名 基礎年金番号 年金コード 支給開始 年 月 年 月 年 月 年 月 年金額 円 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	3 (健康保険の資格を喪失した方は記入してください。)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。受給している場合、その名称を記入してください。 3 - ① 「はい」と答えた場合は、基礎年金番号等を記入してください。 「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。	<input type="checkbox"/> 1. はい → <input type="checkbox"/> 名称 2. 請求中 → <input checked="" type="checkbox"/> 3. いいえ 基礎年金番号 年金コード 支給開始 年 月 年 月 年 月 年 月 年金額 円 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	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 4 - ① 「はい」又は「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記入してください。	3 1. はい 3. いいえ 2. 労災請求中 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 被保険者番号 保険者名称

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

記入もれや誤りが多いところ(特に注意してください。)

- ④ 記入していただいた申請期間に対応する期間について事業主の証明と療養担当者の意見を受けてください。
- ⑤ 仕事の内容は、事務員などではなく、「経理担当事務」、「プログラマー」など具体的に記入してください。
- ⑥ 障害年金又は障害手当金を受給しているときは、①年金証書(両面)と②年金額改定通知書の写し(障害手当金の場合は、その支給を証する書類)を添付してください。
老齢又は退職を事由とする公的年金を受給中の場合は、①年金証書と②年金額改定通知書の写しを添付してください。
※年金額に変更があった場合は、その都度、年金額改定通知書の写しを添付してください。

労務に服することができなかっ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記入してください。

1 事業主 2 証明する 3 期間 4 賃金 5 支給した (する) 賃金内訳	被保険者氏名		測量 太郎																													
	勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。																														出勤	有給
令和 2年 9月		①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺																												計	6日	1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?		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		3 給与の種類		<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給		4 賃金計算		<input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他		締日	末日																			
										支払日	<input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月	25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。																																
期間		単価		9月1日 ～ 9月30日分		月 日 ～ 月 日分		月 日 ～ 月 日分		賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。																						
区分				支給額		支給額		支給額		基本給: 欠勤控除あり 350,000円÷20日間×欠勤13日間=227,500円																						
基本給		350,000		122,500																												
通勤手当		14,180		14,180						通勤手当: 欠勤控除なし																						
住宅手当		20,000		20,000						7/25給与の6ヶ月分定期券代(7月1日から12月31日分) 85,080円を支給(1ヶ月分14,180円)																						
扶養手当																																
資格手当		10,000		10,000						住宅手当、資格手当: 欠勤控除なし																						
現物給与																																
計		394,180		166,680																												
上記のとおり相違ないことを証明します。																																
																				令和 2年 10月 14日												
事業所所在地		東京都港区六本木〇-〇-〇																														
事業所名称		〇△株式会社																														
事業主氏名		代表取締役社長 〇△ 一郎																														
																				担当者氏名 青木 〇〇												
																				電話 03 (1234) 〇〇〇〇												

【被保険者の方へ】

- ① 勤務先の事業主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、空欄で提出してください。

【事業主の方へ】

- ② 労務に服することができなかっ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、公休の場合は公で、欠勤の場合は／で、表示してください。
〈必要な添付書類〉給与規程及び就業規則の写し、賃金台帳及び出勤簿の写し
- ③ 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。
〈必要な添付書類〉時間給・日給等の雇用契約期間を定めている方は、申請期間にかかる「雇用契約書」の写し
- ④ 賃金計算の締日及び賃金の支払日を記入してください。
- ⑤ 労務に服することができなかっ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記入してください。また、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等を記入してください。

※ 3ヶ月を超えて証明する場合は、当ページをコピーして「続紙」とし、「続紙」にも、証明をしてください。勤務状況及び支給した(する)賃金内訳については、超えている月を記入してください。

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。>>>

療養担当者が意見を する欄	1 患者氏名	測量 太郎	
	2 傷病名	(1) 胃潰瘍	3 初診日 (1) 令和 2 年 9 月 9 日
		(2)	(療養の給付 (2) 令和 年 月 日
		(3)	開始年月日) (3) 令和 年 月 日
発病又は 負傷の年月日	令和 2 年 9 月 8 日 <input checked="" type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病又は 負傷の原因	不詳
4 労務不能と認 めた期間	令和 2 年 9 月 9 日から 令和 2 年 9 月 30 日まで 22 日間	うち入院期間	令和 2 年 9 月 9 日から 令和 2 年 9 月 19 日まで 11 日間入院
診療実日数 (入院期間を含む) 12 日	診療日及び入院	9 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	療養費用の別 <input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 () <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
	してしつ日を○で	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	
	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	
5 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)	手術年月日 令和 年 月 日		転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input checked="" type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医
	腹痛を訴え9/9初診。上記病名と診断し入院を指示。経過良好にて9/19退院した。9/27再診時軽快傾向であったが更に薬物療法及び安静が必要。		退院年月日 令和 2 年 9 月 19 日
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			
腹痛のため入院加療を要し、退院後も上記期間自宅にて安静が必要であったため、労務不能と判断した。			
人工透析を実施 又は人工臓器を 装着したとき	人工透析の実施又は 人工臓器を装着した日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	人工臓器等 の種類
上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 2 年 10 月 5 日	
医療機関所在地	〒154-0017 東京都世田谷区世田谷〇-〇-〇		
医療機関名称	世田谷〇△□病院		
医師氏名	保険 一平		電話 03 (2345) 〇〇〇〇

【被保険者の方へ】

① 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】

② 複数の傷病名がある場合は、(1)から主たる病名を順次記入してください。

③ ②の傷病名について、その傷病の初診の日を記入してください。

④ 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とその日数を記入してください。
また、証明日以前の期間を記入してください。

⑤ 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記入してください。

※ 3ヶ月を超えて記入する場合は、診療実日数は、超えている月を追記してください。