

被保険者 (申請者) 情報	被保険者等記号・番号 記号 番号 300 - 123456	氏名 フリガナ ケンボ トシオ (氏) 健保 (名) 利夫
	住所 〒 173 - 0004 東京都板橋区板橋〇-〇-〇 △△マンション〇〇号室	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 43 年 11 月 26 日 <input type="checkbox"/> 平成
	名称 総合警備保障株式会社	所在地 〒 107 - 8511 東京都港区元赤坂 1 - 6 - 6
	所属 〇〇〇支社 □□□営業所	内線番号など △ - ××××

事業所の名称、所在地は「本社」
所属には「実際に配置されている支社、部署」を
お書きください

申請内容 (申請者記入欄)	傷病名 (1) 脳梗塞 (2) (3)	発病または 負傷年月日 <input type="checkbox"/> 平成 6 年 1 月 22 日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
	該当の傷病は、 病気(疾病)ですか ケガ(負傷)ですか	<input checked="" type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ 【発病時の状況】 1月22日朝、激しい頭痛がして右半身にしびれを感じたため、救急車を呼んで搬送された。 ケガの場合は、この申請書のほかに「負傷の原因届」が必要です ケガの場合は、別紙「負傷の原因届」を記入のうえ、併せて
	療養のため 休んだ期間 (申請期間)	令和 6 年 1 月 22 日 から 令和 6 年 2 月 20 日 まで 30 日間 入院した場合 令和 6 年 1 月 22 日 から 令和 6 年 2 月 3 日 まで
	あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は、退職前の仕事の内容)	(1) 営業(1日に5時間程度の外回り) (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、どちらを受給していますか。	<input type="checkbox"/> はい → 「はい」の場合 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	上記で「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名および基礎年金番号をご記入ください。	傷病名 基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年金額 円
	(健康保険の資格を喪失した方はご記入ください) 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。 受給している場合、その名称をご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい → 「はい」の場合 <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 名称
上記で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号をご記入ください。	基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年金額 円	

受付印

被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

※この申請用紙は3枚1組です。2枚目へお進みください。
退職後の申請は、2枚目の記入は必要ありません。

事業主証明欄	今回の申請期間内で、労務に	令和 年 月 日 から	日間
	上記の期間、報酬を支給 しましたか。	事業主証明欄は記入しないでください	
		令和 年 月 日 まで	円
上記のとおり相違ないことを証明します。			令和 年 月 日
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名			

●この申請による給付金を事業主経由で給与口座へ支給するため、次の申請者欄にご記入ください。

受取代理人欄	申請者	私はこの給付金の受領を下記代理人に委任します。 原則、事業主への委任払いとなりますので、申請者欄を記入してください 〇-〇 △△マンション〇〇号室 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	代理人	受取代理人は本社の総合事務部長です 申請者欄に記載のうえ、代理人欄は空白のまま、本社の総合事務部へ提出してください
<input type="checkbox"/> マイ		事業主経由で給与口座へ振り込みます

※ 初回申請時、事業主は下記の書類を添付してください。

- ① 申請期間中の出勤簿
- ② 申請期間中の賃金台帳

※ この申請用紙は3枚1組です。3枚目を印刷し、療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

※健保使用欄