

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の 記号番号	記号 99 番号 9999	事業所名 デクセリアルズ株式会社 ○○事業所 電話 9-999-9999
	被保険者 氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 昭和・平成 55 年 12 月 1 日
	被保険者 住所	〒999-9999 東京都中央区京橋99-99-99 京橋マンション9999号 電話 99-9999-9999	
	傷病名	右足複雑骨折	初診日 平成・令和 6 年 10 月 1 日
	発病の状態 又は負傷の 原因を詳しく	旅行先でトレッキング中に転倒しました	第三者行為によるものですか いいえ はい ※「はい」の場合、別紙「第三者行為に よる傷病事故届」を添付してください。
	傷病又は負傷で療養のため休んだ期間 (申請期間)	令和 6 年 11 月 1 日から 30 日間 令和 6 年 11 月 30 日まで	
	上記期間中における療養状況を詳しく	(病状やどのように過ごしたかなど具体的に) 足を固定されているので安静にすごしていました (医師からの指示内容) 固定している足を動かさないこと	
	上記期間中に報酬を受けましたか	受けていない 受けた (令和 6 年 11 月分 99,999 円)	
	障害厚生年金又は障害手当金受給の有無	有・無・請求中	基礎年金番号 —
	受給傷病名		障害厚生年金 ・手当金の額 円
任意継続被保険者・ 資格喪失者の方	老齢又は退職を事由とする 公的年金受給の有無	年金証書の 記号番号・年金コード	年金額
	有・無・請求中		
	無職無収入の申立	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間 無職無収入でした。

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 6 年 12 月 1 日
	被保険者 (請求者) 健保 太郎

支 払 金 融 機 関	※退職後の申請の場合、ご記入ください。		
	銀行 信用金庫	本店 支店	普通・当座
	口座番号	口座名義 フリガナ	

受付日付印

社会保険労務士記載欄

氏 名 等

社会保険労務士の証明欄

(記入例)

事業主が証明するところ	被保険者氏名		社員番号					
	勤務状況		【出勤は○】、【有給は△】、【公休は公】、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。				出勤	有給
	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				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				日	日
	令和	年 月					日	日
	上記の期間に対して支給しました(します)						時間給	
							歩合給	
							その他	
							※計算方法等)	
支給した(する)賃金内訳								
基本給								
通勤手当								
残業手当								
計								
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 電話 ()								

事業主の証明欄

療養を担当した医師が証明するところ	傷 病 名							
	発病又は負傷年月日		平成・令和 年 月 日					
	療養の給付開始年月日(初診日)		平成・令和 年 月 日					
	発病又は負傷の原因							
	労務不						日間	
	上記期間						・ 公費	
							・ その他	
	傷病の主症状及び経過概要							
	上記のとおり相違ないことを証明します。							
	令和 年 月 日							
医療機関の所在地								
医療機関の名称								
医師の氏名 電話 ()								

医師の証明欄