

被保険者欄	被保険者証の (左づめ)	記号 1 2	番号 1 2 3 4 5 6	氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 49 年 4 月 3 日	電話番号 (日中の連絡先)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 080 (1234) 〇〇〇〇 ()
	会社名 事業所 所属	〇〇〇〇〇株式会社 〇〇営業所 〇〇G		

※退職者の方は住所をご記入ください。

申請内容	1 傷病名	1) アキレス腱断裂 2) 3)	2 発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 元 年 6 月 9 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 病気 (発病時の状況) <input checked="" type="checkbox"/> ケガ → 負傷原因(以下のいずれかの中から選択 <input checked="" type="checkbox"/> してください) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input checked="" type="checkbox"/> スポーツ中(<input type="checkbox"/> 職場行事 <input checked="" type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他〔 〕		
4 療養のため休んだ期間 (申請期間)	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 まで 日数 21 日間 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 0 1 0 6 1 0 から <input checked="" type="checkbox"/> 令和 0 1 0 6 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退職前の仕事の内容)	事務職(主にデスクワーク)			

確認事項	1 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給(請求)していますか。受給している場合、どちらを受給(請求)していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 → <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 障害手当金						
	1-① 「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)傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。	<table border="1"> <tr> <td>傷病名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>基礎年金番号</td> <td>年金コード</td> </tr> <tr> <td>支給開始年月日</td> <td>年金額</td> </tr> </table>	傷病名		基礎年金番号	年金コード	支給開始年月日	年金額
	傷病名							
	基礎年金番号	年金コード						
支給開始年月日	年金額							
「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 年金額 円 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 年金額 円							
2 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 <input type="checkbox"/> 請求中 → 名称 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ							
2-① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。	<table border="1"> <tr> <td>基礎年金番号</td> <td>年金コード</td> </tr> <tr> <td>支給開始年月日</td> <td>年金額</td> </tr> </table>	基礎年金番号	年金コード	支給開始年月日	年金額			
基礎年金番号	年金コード							
支給開始年月日	年金額							
「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 年金額 円							
3 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					

※ 退職者の方(任意継続被保険者は除く)は、振込先口座の通帳(写)を添付してください。

〔備考〕

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、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認のため添付書類が必要です)

受付日付印

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

1 被保険者氏名 **健保 太郎**

2 状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は□】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。

平成	元	年	6	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	出勤	5	日	有給	5	日
<input checked="" type="checkbox"/>	令和				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						
<input type="checkbox"/>	平成				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						
<input type="checkbox"/>	令和				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						

3 上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？ はい いいえ

4 給与の種類 月給 時間給 日給 歩合給 日給月給 その他

賃金計算 締日 末日 20日 支払日 当月 翌月

5 期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

区分	期間	単価	6月1日	月日	月日	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。
			～6月30日分	～月日分	～月日分	
			支給額	支給額	支給額	
基本給		163,000	81,500			基本給欠勤控除 163,000円×10日/20日=81,500円 163,000円-81,500円=81,500円
通勤手当		17,000	17,000			
住居手当		20,000	20,000			通勤手当・住居手当は満額支給
扶養手当						
手当						
手当						
現物給与						
計		200,000	118,500			

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 元 年 7 月 5 日

担当者氏名 ○○ ○○

事業所所在地 **福岡市中央区○○1-2-3**

事業所名称 **○○○○○株式会社**

事業主氏名 **代表取締役社長 ○○ ○○** 電話 **092 (123) ○○○○**

受付日付印

(2023.04)

記入上の注意

【被保険者の方へ】

1 お勤め先の事業所から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、空欄でご提出ください。

【事業主の方へ】

2 労務に服さ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、公休日の場合は□で、欠勤の場合は/で表示してください。

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。

4 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

5 労務に服さ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ご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

6 ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

「療養担当者記入用」は3ページに続きます。>>>