

○ 組合員（申請者）に関する項目 (第 回)

組合員情報入力欄: 被保険者証記号・番号、氏名、住所、電話番号、申請年月日、事業所名、申請者区分

申請者情報入力欄: 申請者氏名、住所、電話番号、組合員との続柄

○ 申請内容に関する項目

申請内容入力欄: 退職年月日、最終稼働年月日、発病又は負傷年月日、休業期間、休業期間中に事業主から支給された報酬額及び期間、介護保険者名等

○ 年金等の受給の有無

年金等の受給の有無入力欄: 種類、受給の有無、支給事由となった傷病名

○ 受領方法、振込先等

受領方法入力欄: 受領方法、この申請書に基づく保険給付金に関する受領方法については次のとおりとします。

代理人情報入力欄: 代理人氏名、住所、電話番号、申請者との関係

振込先情報入力欄: 振込先、金融機関名称、支店名称、コード、預金種目、口座番号、口座名義(フリガナ)

(注) 「提出区分」、「申請者区分」、「年金等の受給の有無」、「受領方法」、「預金種目」の各欄は、該当する番号を○で囲んでください。また、「電話番号」欄については、日中連絡が可能な電話番号を記入のうえ、自宅、携帯等の区分について、該当する番号を○で囲んでください。

・「振込先」欄の記入誤りがあった場合は送金できませんので、できる限り通帳の口座番号等の記載面(ゆうちょう銀行の場合は振込用の口座番号等記載面)を添付してください。(その場合、「振込先」欄は記入不要です。)
・「勤務状況等」欄は記入不要です。
・「振込先」欄の記入誤りがあった場合は送金できませんので、できる限り通帳の口座番号等の記載面(ゆうちょう銀行の場合は振込用の口座番号等記載面)を添付してください。(その場合、「振込先」欄は記入不要です。)

勤務状況等についての事業主の証明書

勤務状況 出勤は「出」、有給は「有」、公休は「公」、欠勤は「欠」、前日と同じ場合は「→」と記入してください。	平成	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	(出勤日数： 日)	
				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	(有給日数： 日)
	平成	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	(出勤日数： 日)	
				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	(有給日数： 日)
給与体系	月給 ・ 日給				賃金締日				日											
上記休業期間を含む賃金計算期間に支給された賃金の内訳 休業期間中に係る賃金について、全額控除している場合は、合計欄に0と記載してください。 また、賃金台帳の写を添付される場合、この欄は記入不要です。	期間	月 日 ~ 月 日分				月 日 ~ 月 日分				月 日 ~ 月 日分				休業期間中に係る賃金を一部減額して支給されている場合、その計算方法						
	手当の名称	金額				金額				金額										
		円				円				円										
		円				円				円										
		円				円				円										
		円				円				円										
		円				円				円										
		円				円				円										
		円				円				円										
	合計	円				円				円										
組合員氏名		の勤務状況等について、上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 所在地 事業所 名称 事業主 氏名																		

(注) 出勤簿の写を添付してください。なお、退職後の期間に係る傷病手当金の支給申請を行われる場合は、この証明書欄は記入不要です。

診療担当医師の意見書

患者氏名	生年月日	3 昭和 年 月 日 4 平																														
傷病名	診療開始年月日	平成 年 月 日										転帰	治癒・中止・繰越・転医																			
	発病又は負傷の原因																															
診療実日数 診療日を○で囲んでください。	平成 年 月 (計 日)	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
	平成 年 月 (計 日)	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
就労不能と認められた期間(入院期間)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで 日間 (平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで 日間)																															
主たる症状及び経過、治療内容、検査結果等																																
就労不能と認められた医学的な所見																																
人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日										昭和・平成 年 月 日																					
	人工臓器等の種類	ア 人工肛門 イ 人工関節 ウ 人工骨頭 エ 心臓ペースメーカー オ 人工透析 カ その他 ()																														
上記のとおり、療養のため業務に従事できなかったことを認めます。																																
平成 年 月 日		所在地 医療機関等 名称 氏名 電話番号 ()																														