

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	氏名	(フリガナ)			電話番号 (日中連絡先)	()		
		<input type="checkbox"/> 本人記載確認						
	住所	〒 -						
事業所名称				資格取得日	昭和・平成 令和	年	月	日

申請内容	傷病名	1)	発病又は 負傷年月日	平成 令和	年	月	日						
		2)		平成 令和	年	月	日						
		3)		平成 令和	年	月	日						
	発病時の状況 又はケガの原因 (詳しくご記入ください)												
	仕事の内容(具体的に)												
	療養のため休んだ期間 (申請期間)	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間	
	上記期間に報酬を受け ましたか。または今後 受けられますか	はい いいえ	「はい」の場合、 その報酬支払の基礎と なった期間と報酬額	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで
障害厚生年金又は 障害手当金を受給して いますか	はい 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場合、 受給の要因となった傷病 名と基礎年金番号等	傷病名	年金の 種類	<input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金	基礎年金番号	年金額	円					
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	はい 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場合、 受給の要因となった傷病 名と基礎年金番号等	年金の名称	基礎年金番号	年金額	円							

退職者は記入必須	雇用保険の基本手当を受けていますか (※退職者のみ記入)	受けている ・ 延長手続中 ・ 受けない				
	受取口座名義	銀行名	支店名	口座名義(フリガナ)	種別	口座番号
				普・当		

※公金受取口座利用の場合は、口座欄は記入しないでください。

公金受取口座 マイナポータル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☑、利用しない場合は受取口座又は委任状欄を記入)

委任状	被保険者 (請求者)	私はこの給付金の受領を下記受任者に委任します。 令和 年 月 日				
		住所				
		氏名	印			
	受任者 (事業所)	住所				
	氏名	印				

組合使用欄	取得	喪失	支給年月日

(R4.10)

東京都鉄二健康保険組合

社会保険労務士の 提出代行者印	
--------------------	--

本人押印・署名の省略にあたり、被保険者本人が記載したことの確認の為「 本人記載確認」欄にチェックをしてください。
申請の際は必ず2枚1セットでご提出ください。また外傷による請求の場合には別途負傷原因届の提出が必要です。
※別途書類のご提出をお願いする場合がございます。

療養担当者が意見を記入するところ

○訂正した時は訂正印をお願いします。
○労務不能と認められた期間には証明日以前の期間をご記入ください。

患者氏名			
傷病名	1)	療養の給付 開始年月日 (初診日)	昭和・平成・令和 年 月 日から
	2)		昭和・平成・令和 年 月 日から
	3)		昭和・平成・令和 年 月 日から
発病または 負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発症 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または 負傷の原因
労務不能と 認められた期間	令和 年 月 日から (歴日数) 令和 年 月 日まで 日間	左記期間中の 診療実日数	日(入院期間を含む) <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 死亡
うち入院期間	令和 年 月 日から (歴日数) 令和 年 月 日まで 日間入院		
上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等詳しくご記入ください。			
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所見			
人工透析または 人工臓器を 装着したとき	人工透析の実施または 人工臓器を装着した日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	人工臓器等 の種類 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()
上記の通り相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 〒 医療機関 医療機関名 医師氏名 電話番号 ()			

事業主が証明するところ

被保険者氏名				*第1回、請求期間に出勤日を含む場合、退職日を含む請求の場合、当該期間の賃金台帳とタイムカード(出勤簿)の写しを提出してください。それ以外の場合にも添付書類をお願いする場合があります。		
労務に服さな かった期間	令和 年 月 日 から (歴日数) 令和 年 月 日 まで 日間					
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、出勤・有給の日数を記入してください。			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	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	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	日		
上記の期間に対して 賃金を支給しましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 日給月給 ()	賃金計算 締日 日 支払日 <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月	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、支払割合は1か月分の給与に対し全部か一部か該当する方に○をつけてください。						
支給した賃金内訳	期間	全額	月 日～ 月 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) についてご記入ください。
	区分	支払った場合の 一か月の賃金	支給額(支払割合)	支給額	支給額	
	基本給	円	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	
	通勤手当	円	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	
	住居手当	円	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	
	家族手当	円	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	
	手当	円	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	
	変動給	円	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	
計	円	円	円	円		
上記の通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 電話番号 ()						

東京都鉄二健康保険組合