

① 被保険者等	記号	② 氏名		(フリガナ)	
	番号				
③ 現住所	〒 - 自宅又は連絡先電話番号 ( ) -				
④ 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				
⑤ 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。又は今後受けられますか。	はい ・ いいえ				
⑥ 傷病名					発病(負傷)年月日時
					年 月 日 午前 午後 時頃
⑦ 発病又は負傷 の状況(詳しく)					第三者行為によるものですか
					はい ・ いいえ
⑧ 障害厚生年金又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。	はい ・ 請求中 ・ いいえ 障害厚生年金 ・ 障害手当金				
⑧-1 「はい」又は「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 基礎年金番号等をご記入ください。 (「請求中」と答えた場合は、傷病名・ 基礎年金番号のみご記入ください。)	傷病名				
	基礎年金番号		年金J-T		
	支給開始年月日		年 月 日	年金額	円
⑨ 老齢又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				
⑨-1 「はい」又は「請求中」と答えた場合、 基礎年金番号等ご記入ください。 (「請求中」と答えた場合は、 基礎年金番号のみご記入ください。)	基礎年金番号		年金J-T		
	支給開始年月日		年 月 日	年金額	円
⑩ 労災保険から休業補償給付を受けていますか。	はい ・ 請求中 ・ いいえ				
⑩-1 「はい」または「労災申請中」と答えた場合、 支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。	労働基準監督署				
⑪ 受領委任欄	本申請に基づく給付金に関する受領を 令和 年 月 日 被保険者氏名 に委任します。				
⑫ マイナンバー記載欄 (①欄の記号番号を記入した場合は不要です)					
⑬ 備考欄 いずれかに✓してください	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が記入したものである。 <input type="checkbox"/> 事業所が記入し、記入内容に誤りがないか被保険者本人が確認している。				

- ・申請書は黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。
- ・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、正しい内容をご記入ください。
- ・障害年金、障害手当金を受給しているときは⑧を記入のうえ、年金証書の写、並びに直近の額を証する書類の写を添付してください。
- ・老齢年金、退職年金等の受給者で、退職後の期間にかかる申請であるときは⑨を記入のうえ、年金証書の写、並びに直近の額を証する書類の写を添付してください。
- ・労災保険から休業補償給付を受給しているときは⑩を記入のうえ、休業補償給付支給決定通知書の写を添付してください。
- ・被保険者が押印されない場合は⑬の□に✓を記入してください。

受付日付印

事業主が証明するところ	⑭ 被保険者氏名																																			
	⑮ 労務に服さなかった日（該当する日を○で囲んでください）																																			
	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	合計	
	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		
	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	日間	
	⑯ ⑮の労務に服さなかった期間に対する報酬の支給状況																												備考							
	支給期間 区分		月 日～ 月 日分		月 日～ 月 日分		月 日～ 月 日分																													
			支給額		1日当りの額		支給額		1日当りの額		支給額		1日当りの額																							
	基本給																																			
	通勤手当																																			
家族手当																																				
住宅手当																																				
計																																				
⑰ 被保険者の業務の種別																				⑱ 被保険者の給与形態										月給・日給 月給・日給・時給						
⑲ 上記のとおり相違ありません。																																				
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 ( )																																				

【被保険者の方へ】

お勤め先の事業所に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、提出は不要です。

【事業主の方へ】

- ・申請の際には、賃金台帳、出勤簿等の写を添付してください。
- ・被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる申請であるときは、証明を行う必要がありません。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

