

記載欄 事業主(所)	適用事業所記号		健保責任者	健保担当者	所属上長	庶務係
	健保担当者 電話番号		事業所の健保担当者 が記入願います		事業所の健保業務責 任者、担当者が記名 する(押印可)	
			職場に提出の場合、 受取の確認のために 記名する(押印可)			

記入日：令和 X年 XX月 XX日

被保険者情報	会社名	東芝〇〇〇 (株)		被保険者証 記号				資格取得日										
	所属	〇〇部〇〇課		1	0	0	1	2	3	4	5	6	7					
	氏名	(フリガナ) トウシバ タロウ 東芝 太郎		生年月日				資格喪失日(退職日の翌日)										
	住所	〒999 - 9999 神奈川県川崎市〇〇区〇〇町XX番地		4	3. 昭和 4. 平成 5. 令和	X	X	0	5	0	1	4. 平成 5. 令和						
	電話番号 (日中の連絡先)	電話 044 (XXX ) XXXX		資格喪失者は必ず記入する														
給付金 受取方法	<input checked="" type="checkbox"/> この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任します。 <input type="checkbox"/> 退職のため、個人口座へ振込を希望します。⇒2ページに口座を記入 <b>在職中の方は事業主経由で支払いのため、こちらにチェックする</b>																	

申請内容	1 傷病名 1つの記入欄に複数の傷病名を記入しないでください。	1) 右足骨折	2 発病 または 負傷の 年月日	5	4. 平成 5. 令和	X	X	0	9	0	8								
		2) めまい症		5	4. 平成 5. 令和	不	詳												
		3)			4. 平成 5. 令和														
	3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	2	1. 病気 2. ケガ → 「傷害事故届」または「第三者行為による傷病届」を併せてご提出ください。	発病又は負傷の原因： 自宅だめまいがして転倒し、階段から転落															
4 療養のため休んだ期間(申請期間)	5	4. 平成 5. 令和	X	X	0	9	0	8	5	4. 平成 5. 令和	X	X	1	1	0	7	日数	6	1

実際に会社を休んだ期間を記入する

「被保険者記入用」は2ページに続きます。>>>

健保記載欄	支払先コード		備考欄			
	事業所	個人	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> C	年 / より出勤	SEQ :	
			待期間	/ ~ /	枚合算( / )	
	控除額					
	月分(控除事由)	控除月額/日数	控除日額 (円)			
月分	欠勤 有給 障害 老齢	円 日				
月分	欠勤 有給 障害 老齢	円 日				
月分	欠勤 有給 障害 老齢	円 日				
月分	欠勤 有給 障害 老齢	円 日				
月分	欠勤 有給 障害 老齢	円 日				
月分	欠勤 有給 障害 老齢	円 日				
月分	欠勤 有給 障害 老齢	円 日				
		<input type="checkbox"/> M無し <input type="checkbox"/> M有り <input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 喪失後の継続給付(法定のみ) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 勤務状況調査 <input type="checkbox"/> 医師照会 <input type="checkbox"/> 本人照会 <input type="checkbox"/> 長通 <input type="checkbox"/> 法・延 満了通知 <input type="checkbox"/> 通知				

被保険者氏名 東芝 太郎

被保険者証  
記号・番号

100 - 1234567

確認事項

1 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)

2 1.事務系 2.技術系 3.製造系 4.営業 5.その他 ( )  
具体的な内容を記入ください。  
システムエンジニア

2 今回の傷病名で労災保険から給付を受けていますか。  
(又は、過去に受けたことがありますか。)

3 1.はい → 傷病手当金の申請はできません。  
2.申請中 →  
3.いいえ

2-① 「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

労災保険の認定まで、時間がかかる場合があります。傷病手当金の受給後、労災保険から給付を受けることとなった場合は、傷病手当金等及び当健保が負担した医療費について、返納していただくことになります。その際はすみやかに健保へご連絡ください。なお健康保険法第55条第2項等の規定に基づき労働基準監督署等に対して労災受給状況の確認を行う場合があります。(本人同意なく)

3 「障害厚生年金」または「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。

1 1.はい → 1.障害厚生年金  
2.請求中 → 2.障害手当金  
3.いいえ

3-① 「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。

傷病名 慢性心不全

基礎年金番号 XXXX-XXXXX 年金コード XXXXX

支給開始年月日 4 3.昭和 4.平成 5.令和 X X X X X X 年金額 X X X X X X 円

年金を受給している場合は、必ず記入する  
\*年金証書と直近の年金受給額のわかる通知書類等のコピーを毎回必ず添付する

「はい」と答えた場合は、支給開始日、年金額を記入のうえ、確認できる年金証書(写)、年金額振込(改定)通知書(写)を添付してください。

4 健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。  
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。

1.はい → 名称  
2.請求中 →  
3.いいえ

④は、退職し、資格喪失後の継続給付として申請する場合に記入する

4-① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号をご記入ください。

基礎年金番号 年金コード

支給開始年月日 3.昭和 4.平成 5.令和 年 月 日 年金額 円

4-② 雇用保険の失業給付を受給していますか。

1.はい → 傷病手当金の申請はできません。  
2.請求中 →  
3.受給期間延長中 → 雇用保険受給期間延長通知書のコピーを添付してください。  
4.未手続き → 離職票1・2のコピーを添付してください。  
未手続きの理由:

5 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(予定)者振込先指定口座

※ゆうちょ銀行不可

金融機関名称 銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所 本所 支所 その他 ( )

預金種別 1.普通 2.当座 口座番号 右づめでご記入ください。

口座名義 ▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。) 口座名義の区分 1.被保険者 2.遺族

資格喪失者(退職者)は、健保から直接銀行振込可となるため、振込先を記入する



申請者が記入する

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名 東芝 太郎 被保険者証記号・番号 100-1234567 ※従業員番号記入による被保険者証記号・番号省略不可 (従業員番号: XXXXXX)

事業主が証明する期間 労務に服さなかった期間 5 4.平成 5.令和 X X 0 9 0 8 5 4.平成 5.令和 X X 1 1 0 7 日 数 6 1

上記の期間に対して、賃金を支給しましたか?  はい  いいえ 給与の締切日 毎月: 末日 日

上記の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。 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間のすべてが欠勤・無給の場合は「いいえ」にチェック

項目	基準月額	欠勤日に支給しない項目に×を記入してください	9月 1日 ~ 9月 30日分	10月 1日 ~ 10月 31日分	11月 1日 ~ 11月 30日分	月 日 ~ 月 日分
			支給額	支給額	支給額	支給額
基礎給	60,300		60,300	0	60,300	
職能給	112,200	×	112,200	0	147,747	
職務給	72,300	×	72,300	0		
勤務地加算	20,000		20,000	0	20,000	
住宅費補助	17,000		17,000	0	17,000	
通勤手当	5,170		5,170	0	5,170	
計	286,970		286,970	0	250,217	0

給与項目に残業手当は入れない

2項目以上の合計で欠勤控除を計算する場合は、支給額を1項目に記入し、その他は空欄とする  
計算方法は必ず「賃金計算方法欄」に記入する

賃金計算方法 ※欠勤控除計算方法等について、必ずご記入ください。 その他、連絡事項等あればご記入ください。 所定基準日数 20.08日 9月分 9月8日~9月30日まで有給休暇 時給者の場合 所定時間: h/日 時給単価: @ 円 11月分 (112,200+72,300) - (184,500÷20.08×4) = 147,747円 日給者の場合 日給単価: @ 円 年間の所定基準日数がある場合は、記入する

上記の期間後、勤務を開始していますか?  いいえ  はい → XX年 11月 8日より出勤開始

上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 X年 XX月 XX日 証明日時点で出勤の有無を確認し記入する

事業所所在地 東京都〇〇区〇〇町XX番地 事業所名称 東芝〇〇〇(株) 事業主氏名 芝浦 三郎 必ず確認してください 証明担当者氏名 健合 組子

- 1 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確認できる勤務表、タイムカード等を必ず添付してください。(労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間のすべてが欠勤・無給であった場合、添付省略可)
- 2 支給した賃金内訳欄について 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。支給した賃金内訳は、締日ごとに1か月分ずつご記入ください。実際に支払うべき精算後の金額を項目別にご記入ください。(労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間のすべてが欠勤・無給であった場合、記入省略可)
- 3 賃金計算方法欄について 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必ずご記入ください。1/2、60%等、定率支給されている場合は、詳細を明記してください。時給・日給者の場合、単価等を記入してください。
- 4 証明した日をご記入ください。証明した日付が、支給した賃金内訳欄証明内容の期間より前の場合は認められないため、見込で証明しないでください。
- 5 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。