

■ 負傷原因報告欄 ※負傷による申請の際に記入してください。

発生日	年 月 日（ 曜日） 午前 ・ 午後 時 分頃
	休業日 ・ 就労時間外中 ・ 組合活動中 ・ 就労中（通勤途中） ・ 兼業務中 その他（ ）
発生場所	自宅 ・ 自宅外（ 都道府県 市区町村 ）
負傷原因	私用中 ・ 交通事故（相手： 有 ・ 無 ） ・ 労働災害 ・ 第三者加害行為 サークル／団体／町会等行事中（ ） ・ その他（ ）

■ 特記事項欄 ※労務不能期間中に働いた月日や、申請が遅延した際の理由はこの欄に記入してください。

■ 共済認定委員会（本部）記入欄

第 回 年 月 日	第 回 年 月 日	第 回 年 月 日
年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
入院 日 円	入院 日 円	入院 日 円
通院 日 円	通院 日 円	通院 日 円
合計 日 円	合計 日 円	合計 日 円
第 回 年 月 日	第 回 年 月 日	
年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	
入院 日 円	入院 日 円	
通院 日 円	通院 日 円	
合計 日 円	合計 日 円	
認定日 年 月 日 担当：		

千葉土建一般労働組合 指定

傷病見舞金支給申請書

この総合共済は、仲間どうしの『助け合い制度』で、組合員一人ひとりの掛金で運営されています。公平な制度運営のため、共済規定に基づいた審査をしています。

【提出と記入方法】

- 組合員記入欄を正確に記入してください。
- 医師に治療証明書欄を記入してもらってください。
- 負傷による申請の場合は、負傷原因報告欄に詳細を記入してください。
- 労務不能期間中に働いた日がある場合、特記事項欄にその月／日を記入してください。
- 申請期間が 60 日間を超える場合、または申請最終日から提出するまで 60 日間を過ぎた場合には、その理由を特記事項欄に記入してください。
- この申請書は所属する『班』へ提出してください。
『組合員』→『班』→『分会』→『支部』→『本部』

【チェックポイント】

組合員記入欄

- ☐ 氏名・捺印・年齢・職種・住所・労務不能期間等に記入漏れはありませんか。
- ☐ 初診年月日以前や直前最終診療日以降の申請がされていませんか。
- ☐ 連続した 4 日間の待機は完成していますか。

治療証明書欄

- ☐ 治療証明書欄に記入漏れはありませんか。
- ☐ 複数の傷病がある場合、労務不能原因の主たる傷病名は明確ですか。
- ☐ 入院治療期間、通院治療期間、労務不能期間の日数計算は正確ですか。

支部審査報告書欄／支部記載欄

- ☐ 班長（分会長）、審査委員長の署名・捺印、意見欄は記入されていますか。
- ☐ 組合費の滞納はしていませんか。
- ☐ 発傷病年月日は、組合加入後 1 か月を経過していますか。

その他

- ☐ “腰部”に関する傷病申請の場合は、入院期間のみを給付対象とします。
- ☐ 業務中や業務関連作業での負傷ではありませんか。
- ☐ 第三者加害行為による負傷や、相手のいる交通事故ではありませんか。

	署名欄（自署）	審査にあたっての意見
班・分会の審査	班長（分会長） 	
		審査年月日 年 月 日
支部審査委員会の審査	審査委員長 	
		審査年月日 年 月 日

■ 支部記載欄

共済番号		3	0									共済型	A ・ AS		
組合加入日		年 月 日									組合費 滞 納	有 ・ 無			
審査結果		承認 ・ 訂正承認 ・ 不承認													
承認期間		年 月 日～ 年 月 日（ 日間）													
受理日	班		分会			支部			本部						

組合員記入欄

組合員	氏名	⑩	年齢	歳	職種				
	住所	都 道 市 区 府 県 町 村							
労務不能期間	療養のため 休んだ期間		年	月	日～	年	月	日 (	日間)
	内訳	入院期間	年	月	日～	年	月	日 (	日間)
		通院期間	年	月	日～	年	月	日 (	日間)
事由	病気 ・ 負傷		<u>労務不能期間中に働いた日数を右に記入してください</u> 計 日間 ※次ページの特記事項欄に働いた月日を記入してください						

治療証明書（診断書）

【労務不能の原因となった傷病名】													発傷病 年月日			年 月 日 ・ 不詳			
													初 診 年月日			年 月 日			
【傷病の主症状および経過概要】																			
労務不能と認められる 期間													年 月 日～ 年 月 日 (日間)						
内 訳	入院治療期間												年 月 日～ 年 月 日 (日間)						
	通院治療期間												年 月 日～ 年 月 日 (日間)						
直 前 最終診療日			年 月 日										治療 ・ 継続 ・ 中止 ・ 転医 ・						
直近 2 か月の通院治療日に○をつけてください													上記のとおり証明します						
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												所 在 地 医療機関名 担当医師名						
	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																	