

# 延長傷病手当付加金 請求書 ( 回 )

令和 年 月 日提出

被保険者が記入するところ	被保険者証 記号・番号	-	社員 コード	氏名	
	自宅 住所・電話	日中連絡可能な電話 ( ) -			
	事業所 名称	職場			(内線 )
	傷病名	発病 (負傷) の原因			
	発病(負傷) 年月日	H・R	年	月	日
	休業期間 (請求期間)	H・R	年	月	日から
		H・R	年	月	日まで
障害厚生年金・老齢年金を 受給していますか？		はい ・ いいえ ・ 手続中(受給予定 年 月～)			
※はいの場合、年金証書・決定通知書・年金改定通知書の写しを添付ください。 障害厚生年金の場合、障害者手帳の写しも添付ください。					
障害厚生年金支給事由 となった傷病名	年金受給開始 年月日		H・R	年 月 日	

事業主欄	労務に服さな かった期間	H・R	年	月	日から	日間	左記のとおり相違ないことを証明します 令和 年 月 日	住所	担当者
	上記期間で報酬の全部又は 一部を支給した(支給する)額	金	円			氏名			

診療担当医師の意見欄	傷病名	労務不能と 認めた期間		H・R	年	月	日から	日間	
	発病(負傷) の原因	労務不能期間中の診療日数		日					
	発病(負傷)年月日	H・R	年	月	日	上記診療日数が「0日」の場合、労務不能と判断した理由			
	診療開始年月日	H・R	年	月	日				
	労務不能期間中の主症状及び経過概要		入院期間	H・R	年	月	日から	日間	
	通院指導の有無 : あり ( 月 / 回 ) なし (理由: )		転帰	治癒( ) ・ 繰越 ・ 中止 ・ 転医					
			この欄に記載したことは、事実と相違ないことを証明します 令和 年 月 日						
症状・経過からみて、労務不能と認めた医学的所見		所在地							
		名称							
		医療機関							
		電話番号							
		医師氏名	印						
お願い 労務不能期間は、証明する日以前の期間を証明してください。 文字訂正時は、訂正印を押印してください。									

(提出経路) 本人 → 職場 → 事業所担当部署 → 健保組合

健保組合使用欄	支給日	令和 年 月 日	支給日数	日	資格取得	S・H・R	年	月	日
			支給日額	円	資格喪失	S・H・R	年	月	日
	支給額	円	支給額	円	108条控除額		円		
					月額	円	受付		
	支給期間	H・R	年	月	日から	日間	常務理事	事務長	会計
前回までの 支給期間	H・R	年	月	日から					
	H・R	年	月	日まで					