

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		※負傷の場合は、いつ・どこで・何をしていた・どのように等、詳しく記入ください。		
	休業期間 (請求期間)		H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで		発病(負傷)の原因は労災、通災、第三者の行為 (交通事故・ケンカ等)によるものですか?		はい いいえ
	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 H・R 年 月 日まで	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
	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		住所 氏名	担当者

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 H・R 年 月 日まで	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	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 H・R 年 月 日まで	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		医療機関	所在地 名称 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 → 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 H・R 年 月 日まで	日間	常務理事	事務長	会計	係
前回までの 支給期間	H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで						