

延長傷病手当金付加金 支給(記入例) 収書 (第 1 回目)

No.

健保の等級で決定
(不明なら空欄で可)

年金受給者は年金額(年額)を記入し、
別途添付書類(欄外参照)を添付してください。

記号-番号 123 - 12345	所属 従業員=部署名 任意継続者=「任継」	フリガナ メイデン タロウ	被保険者氏名 (または請求者氏名) 明電 太郎
被保険者現住所 (または請求者現住所) 〒001 - 0001 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3	標準報酬 月額 260 千円	保険給付金の受領を下記の者に委任します。 (この欄は給付金を給与に入れる為の同意欄です) 令和 2 年 12 月 1 日	
健保認定日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 25 年 4 月 1 日 <input type="checkbox"/> 令和	健保喪失日 (資格喪失者のみ) 令和 年 月 日	同意書 (従業員のみ)	被保険者氏名 (または請求者氏名) 明電 太郎
発病日・負傷日 平成-令和-31 年 4 月 30 日	障害年金や老齢年金等 を受けていますか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
第三者行為に よるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	請求期間 令和 2 年 10 月 30 日 ~ 令和 2 年 11 月 30 日まで 32 日間		
下記支給額正に領収しました。		被保険者氏名 (または請求者氏名) 明電 太郎	
労務に服さなかった期間	全額支給 (有休)	日間	報酬合計 円
上記期間中の 報酬支給状況	一部支給 (病欠)	日間	一部支給期間 報酬日額 ^(注1) 円/日
	支給なし (休職)	日間	期間内 休日等 日
上記の通り相違ないことを 令和 年 月 日		事業主証明及び印	
傷病名 脱臼	発病(負傷)の原因 労務不能期間	発病(負傷)日 平成-令和-31 年 4 月 30 日	日間
傷病の主症経過概要 上記の通り相違ないこと 令和 2 年		医師証明欄	

従業員は、同意書欄にも記名捺印し、
事業主印をもらってください。
退職者は、同意書欄は空欄で結構です。

従業員は、事業主に証明をもらってください。
退職者は、請求期間に在職中の期間が含まれているとき、
その期間について事業主の証明をもらってください。
全期間が退職後なら、事業主証明欄は空白で結構です。

医師に証明をもらってください。
医師証明欄の労務不能期間が、
この申請書で請求できる最長期間となります。

同一印

↓他の健保に加入している方は、振込先を記入

振込先 銀行名	銀行
	支店
口座 種類	普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/>
	口座 番号
フリガナ 名義人名	

↓受領を代理人に委任される方に限り、委任状を記入

委 任 状

本請求額に基づく給付金に関する権限を代理人に委任致します。

令和 年 月 日

被保険者氏名
(または請求者氏名)

代理人氏名

記入不要

↓以下は健保記入(申請者は記入しないでください)

健保記入欄		支出決定欄	
標準報酬日額	率	延長傷病手当付加金	
付加給付	円 × 0.6 × (/ ~ / :) 日間 - 円	支給額	¥
支給開始	令和 年 月 日	決裁日	
満了予定	令和 年 月 日	執行日	
		常務理事	事務長
			担当

* 年金受給者は、年金証書及び裁定通知書等の写しを添付してください。
* 【事業主欄担当の方へ】報酬があるときは、算出根拠を添付してください。
(注1) 報酬日額が変動する場合は、期間別に分けて記載願います(別紙添付可)