

延長傷病手当金付加金 支給申請書(請求領収書) (第 回目)

記号-番号	-	所属	フリガナ 被保険者氏名 (または請求者氏名)		
被保険者現住所 (または請求者現住所)	〒 -			標準報酬 月額 千円	
健保認定日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	同意書 (従業員のみ)	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 年 月 日		
健保喪失日 (資格喪失者のみ)	令和 年 月 日		被保険者氏名 (または請求者氏名)	事業主証明	
発病日・負傷日	令和 年 月 日		事業主担当者		
障害年金や老齢年金等 を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい(円) <input type="checkbox"/> いいえ				
労災・通災ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
第三者行為ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
請求期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 日間				
下記支給額正に領収しました。		<input type="checkbox"/> 上記の申請内容は請求者本人が記入し、真正であることを確認しています。			
/ /		被保険者氏名 (または請求者氏名)			
事業主証明欄	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間	報酬合計 円	
	上記期間中の 報酬支給状況	全額支給 (有休)	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	報酬日額(注1) 円/日
		一部支給 (病欠)	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	期間内 休日等 日
		支給なし (休職)	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	
上記の通り相違ないことを証明致します。		令和 年 月 日 事業主証明			
医師の証明欄	傷病名		発病/負傷日	令和 年 月 日	
	発病(負傷)の原因				
	労務不能期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 日間			
	傷病の主症経過概要				
	上記の通り相違ないことを証明致します。		令和 年 月 日 医療機関名称・所在地 医師名		

↓他の健保に加入している方は、振込先を記入

↓受領を代理人に委任される方に限り、委任状を記入

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

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

↓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	
標準報酬日額	率 自 至 給付日数 給料・年金等支給額
付加給付	円 × 0.6 × (/ ~ / :)日間 - 円
支給開始	令和 年 月 日
満了予定	令和 年 月 日

支出決定欄	
延長傷病手当付加金	
支給額	¥
決裁日	
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(別紙添付で可)