

延長傷病手当金付加金 支給(記入例) 収書 (第 1 回目)

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	
健保認定日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 25 年 4 月 1 日	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 5 年 12 月 1 日			
健保喪失日 (資格喪失者のみ)	令和 年 月 日		被保険者氏名 明電 太郎			
発病日・負傷日	令和 4 年 4 月 30 日		従業員は、同意書欄にも記名し、 事業主証明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。			
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 (円) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		事業主担当者			
労災・通災ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	請求期間 令和 5 年 10 月 30 日 ~ 令和 5 年 11 月 30 日まで 32 日間				
第三者行為ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	下記支給額正に領収しました。 <input checked="" 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。				
請求期間	被保険者氏名 (または請求者氏名) 明電 太郎					
事業主証明欄	労務に服さなかった期間 上記期間中の報酬支給状況 上記の通り相違ないことを 令和 年 月 日 事業主証明					
医師の証明欄	傷病名 脱臼 発病(負傷)の原因 労務不能期間 傷病の主症経過概要 上記の通り相違ないこと 令和 5 年					

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。

記入内容を確認の上、必ずチェックしてください。

↓他の健保に加入している方は、振込先を記入

振込先	銀行
銀行名	支店
口座	普通
預金種目	当座
フリガナ	番号
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	
標準報酬月額	率	自 至	給付日数	延長傷病手当付加金	
付加給付	円 × 0.6 × (/ ~ /)	日間	給料・年金等支給額	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(別紙添付で可)