健康保険 傷病手当金 傷病手当付加金 _{支給申請書} 延長傷病手当付加金

被保険者記入欄

-july	記号番号		生年月日	年	月	日							
被保険	健康保険の (右づめ)		□昭和□平成										
被保険者 申請者 情報	(フリガナ) 氏 名												
請者	住 所 (〒 一)	(都) 道) (府) 県)											
報	電話番号 (日中の連絡先) TEL ()												
	☑本申請書の提出を事業主へ委任します												
н	1)	2 発 病	1) 平成·令和	口 年	月	日							
請	1 傷病名 2)	または	2) 平成·令和	口 年	月	日							
申請内容	3)	負傷年月日	3) 平成·令和	口 年	月	日							
Ŧ	3該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか	(発症時 <i>の</i> 1. 病気 2. ケガ)状況)										
	4療養のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月	り から まで	日 数	Ž.	日間							
	5申請期間中の病気やケガの状況												
	1 トラの床業のも はたしが知明 (内珠知明) に												
確認	1 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に 報酬を受けましたかまたは今後受けられますか	1.は い 2.いいえ											
確認事項	1-① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください	令和 年 月 令和 年 月	日から日まで	報酬額		円							
	2 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか 受給している場合、どちらを受給していますか	1.は いえ 一 2:い え ウ 3.	→ □	1. 障害厚生年 2. 障害手当金	金 : :								
	2-① 「はい」または「手続中」と答えた場合、 受給の要因となった(なる)傷病名及び 基礎年金番号をご記入ください 「手続き中」と答えた場合は、	│ 傷 病 名 │ 基礎 年 金 番 号		年 金 コード									
	「手続き中」と答えた場合は、 傷病名・基礎年金番号をご記入ください	支給開始 日 昭和 年 月 日 日 奈和	年 月 日	年金額									
	3 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか 受給している場合、その名称ご記入ください	1.はいえいえ 2.いえ中 3.手続中	→ 名称										
	3 - ① 「はい」または「手続中」と答えた場合、 基礎年金番号等をご記入ください	傷病名											
	「請求中」と答えた場合は、 傷病名・基礎年金番号をご記入ください	基礎年金 番 号		年 金 コード									
		支給開始 日昭和平成年月日日帝和	年 月 日	年 金 額		円							
	4 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている 期間のものですか	1. は い 2 3. 労災請求中	. いいえ										
	4 -① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、 支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください				労働基準	隼監督署							
	5 介護保険サービスを 保 険 者 受 け た と き 番 号	被保険者番 号	保 険 者 名 称										
	を保険の記号番号を記入した場合は不要です。	のエル事杯ドンボイナ											
	ナンバーを記載した場合は、個 <u>人番号確認、本人確認をするため</u>	以浴1/「香規が必要です ■	200-25	// 结本士-	+1								
被保	険者のマイナンバー記載欄 <u> </u>		<u> </u>	に続きます	977								

【健保使用欄】

	信	司年月		令	和	年	月	日	回数	
	3	支 払	額	百万	十万	万	Ŧ	百	+	円
支給	内	法	定							
	訳	付	加							
· 支 払		期間		年	月 I	∃~ 4	手 月	日 (日間	1)
支払決議書	資 格	得	年	三月	日	前	始	年	月	日
書	格	喪	年	三月	日	回	終	年	月	日
	日額		円	/日	備考					·

常務理事	事務長	担当者

受付日付印 No.

______ 傷病手当金 傷病手当付加金 延長傷病手当付加金

事業主記入欄

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください

事	被保	険者!	氏名																																	
事業主が証明する	❶勤	務状法	兄	【出勤)は(0]	[;	有給	ilt.	△]	【欠勤	加は、	/]	【公	休に	公	(但	し、	無統	給の	場合	はノ	/)] 7	きそれ	れぞ	れ表	示	して	< 1	ごさ	い。		欠無給		出有公 (有給の日)
証	令 和	П	年	月	1	2	3 4	4 5	6	7 8	9 10) 11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計		日	日
明	令 和		年	月	¦ 1	2	3 4	4 5	6	7 8	9 10) 11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計		日	日
す	令 和	П	年	月	1	2	3 4	4 5	6	7 8	9 10) 11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計		日	日
	上記の	の期間	肌に対	して		141		6	9上譚	記の	期間中	ງ <u>ຊ</u> ົ	È	年	Ξ	J	月		日カ	いら	令		年		月		日		E	日間			F	日額		円
Εl	賃金を		· · · · ·		_	はい				分として 支給した			È	年		月			日から令		年		月	日			日間				F	日額		円		
る	(L	ます	-) <i>t</i> .	<u>?</u> را	_		, ,,	₹	を支給		た場合	ì	<u> </u>	年	Ξ	J	月		日カ	いら	令		年		月		日		E	目間			F	日額		円
	上記のとおり相違ないことを証明します。 委任を受けた傷病手当金及び同付加金等の受領は貴組合との間できめられている所定の方法で受領いたします。 令和 年 月 日												1																							
	受任	た任者 事業所 所在地 名 称												担	当者名																					
				E		名																														
																					冒	話	i			()							

療養担当医師記入欄

療	患	者	氏	名																	
養					(1)							❷療養の給	٠ /.t	(1)平成	令利]	年		月		日
盟	0	傷	病	名	(2)								開始年月日		令和]	年		月		日
者					(3)							(1) 10 日)	(3)平成	令和]	年		月		日
が意	発 負	病る	きた 年月	は日	平 成	• 令 和	셬	F F	日	□発病 □負傷		発病または 負傷の原	因								
療養担当者が意見を記入するところ	3 :	労務 め 1	不能 : 期	と間	令 和 令 和	年 年	月月	日日	からで		日間	うち入院期	間	令和 令和	年 年		月月	日か 日ま	らで	日 入	間 院
影						診療日	な	月	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	11 12 13 1	4 15	16 17 18	19 2	0 21 22	2 23 24	25 26	27 28	29 30	31
귤	診	療习	目	数		〇で囲ん	で	月	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	11 12 13 14	4 15	16 17 18	19 2	0 21 22	2 23 24	25 26	27 28	29 30	31
る					日	くださ	٠٠	月	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	11 12 13 1	4 15	16 17 18	19 2	0 21 22	2 23 24	25 26	27 28	29 30	31
ここと	◆上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)													手術年	月日	令和		年	月		日
0														退院年	月日	令 和		年	月		日
	症物	犬経证	過から	みて	従来の職	種につい	て労務ス	下能と詞	忍められ	た医学的な	な所見										
	人	上透札	斤を実	€施	一、天七	Λ ±\ -±+-ι-	+ 🗆	昭和	□平成	□令和		1 一	畑		二肛門		人工関	節			
	また	よよ人	工臓器たと	をき	人工膨胀	の実施また! を装着した!	д Э	4	Ę	月	日	人 エ 臓 器 の 種	類		工門 一骨頭 上透析		心臓ペ	ースメ-	ーカー		,
	-											A T-					(0)				$\stackrel{\prime}{-}$
					りません	,						令和	年	月	E	1					
			即の所																		
	` `		関の																		
	医	師	の氏	:名										電話		()			

【被保険者の方へ】

- ・療養担当者(医師等)の意見を受けてください
- ・お勤め先の事業所に証明を受けてください

【事業主の方へ】

- ●労務に服することができなかった期間を含む 賃金計算期間(賃金計算の締め日の翌日から締め日の期間)の勤務状況について、出勤 した場合は○で有給の場合は△で、公休日 の場合は公(但し、無給の場合は/)で、欠勤 の場合は/で表示してください
- ②労務に服することができなかった期間を含む 賃金計算期間における賃金支給状況につい てご記入ください

【療養担当者の方へ】

- ●複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください
- ❷傷病名について、その傷病の初診の日をご 記入ください
- ❸治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください
- ●症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください