傷病手当金 支給申請書 (1/3) 延長傷病手当付加金

健保 受付日付印 事業所 受付印

被		記号	番号			生年月	日 年	Ę	月	日	
保険者	被保険者 ^(右づめ)					口昭和口平成	1 :]	
被保険者 (申請者)情報	氏名 住署	(フリガナ) (自署)									
情報	住所	(〒 −)								
	電話番号 ⁻ (日中の連絡先)	TEL ()									
受販	被保険者	□本申請に基づく給付金に関す	る受領を下記 <i>0</i>)代理人に委任します(委任する場	合は2)	令和	年	月 日	1	
受取代理人の欄	(申請者)	(自署)									
八の欄	/b - m -l	(〒 一 住所)	TEL	()			委任者と 代理人との 関係		
	代理人 (口座名義人)	(フリガナ)									
		氏名							事業主		
注)	任意継続、資	<mark>格喪失の方のみ、</mark> 下記振遠	込先指定口	座欄に記入							
振込先指定口座	金融機関 名称			送庫 (信組) 農協 漁協 (加) 地 (のよう)					本店 (支原) 出張所)		
定口座	預金種別	1.普通 3.別段	口座番号				左づめで記入				
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けて	記入、濁点(゜)、	半濁点(゜)は1字として記入く	ださい)		口座名義 の区分	:	被保険者		
						_					
申請内容	. <i>1</i>	1)			2 発症 また	- (+		月			
内容	1 傷病名	2)				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		月 ——月			
	3 該当の傷病に	よ病気(疾病)ですか、ケガ(負	傷)ですか。	1. 病気 (発	-						
				2. 7 73			提出ください 				
	4 療養のため	木んだ期間(申請期間)		(令和) 年	月 E	からまで	日数		日間		
		事の内容(具体的に) 申請の場合は退職前の仕事の内]容)								

「記入用紙」は2ページに続きます。〉〉〉

傷病手当金·延長傷病手当付加金 申請書 (2/3)

確 認 事	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
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 日 から 報酬額 令和 年 月 日 まで
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 2. 請求中 3. いいえ 1. 障害厚生年金 2. 障害手当金
ı	2 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、 受給の要因となった(なる)傷病名	傷病名
ı	及び基礎年金番号をご記入ください。	基礎年金 年金 番号 コード
	傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	支給開始 □平成 年金額 円 ○令和 年 月 日
3	(健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。) 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 2. 請求中 3. いいえ
ı	3 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、 基礎年金番号等をご記入ください。	基礎年金 年金 番号 コード
L	「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。	支給開始 □平成 年金額 □令和 年 月
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 3. いいえ 2. 労災請求中
	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。	労働基準監督署
	上記のとおり申請します	提出日:令和 年 月 日

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況(勤務表)および賃金支払状況を記入ください

事業主が証明するところ	労務に服	きな	かった期	間		年	月	日から	, >	年	: 月	日	まで		日間
が	上記の期間	引を1	含む賃金	計算期	間の賃	金支給状	況は下記	Eのとおり							
崩			支給期間	間		総支給額(日額換算)									
する]	日~	月	日分			円							
ع		====	日~	月	日分			円							
ろ		 ₹	日~		日分			Ħ							
		, 	日~		日分			円 円							
								円							
		1	日~	月	日分										
	J	1	日~	月	日分			円							
	ر	1	日~	月	日分			円							
	上記のま	給	期間を含	含む労	務に肌	さなか	った期	間の勤務	伏況は	別添	「勤務表」	」のとお	5 4)		
	上	記の	とおり相	違ない	ことを	証明する	0		年	月	日				
	 事	美所 原	听在地												
	事	美所 名	S 称												
	事	美主氏	氏名								電話		()	

傷病手当金 支給申請書(3/3)

延長傷病手当付加金

療養	患者氏名																				
廹		(1)					療養の給	计	(1) 令和	П			年				月				日
븰	傷病名	(2)					開始年月	日	(2) 令和	0			年				月				日
煮		(3)					(初診日)		(3) 令和				年				月			日	
意	発病または	令和	年	月	B	□発病															
萈	負傷の年月日	וייוו		<i></i>		□負傷	発病また														
출	労務不能と認	令和	年	月	日から		負傷の原	因													
탓	めた期間	令和	年	月	日まで	日間															
슞	うち入院期間	令和	年	月	日から	日間	療養費用		□健	保 [」公:	費()	転り		コ 治	癒		中止
すると	ノラス 死衆 町	令和	年	月	日まで	入院	原食貝爪	נית כטו	口自	費 [] そ	の他				+47] 繰	越		転医
چ			診療日を		月 1 2	3 4 5 6 7 8	9 10 11	12 13	14 15	16 1	7 18	19 2	0 21	22	23	24 2	25 26	27	28 2	29 30	31
ぇ	診療実日数		〇で囲ん	で	月 12	3 4 5 6 7 8	9 10 11	12 13	14 15	16 1	7 18	19 2	0 21	22	23	24 2	5 26	27	28 2	29 30	31
		日	ください	•	月 12	3 4 5 6 7 8	9 10 11	12 13	14 15	16 1	7 18	19 2	0 21	1 22	23	24 2	25 26	27	28 2	29 3	31
	上記の期間中に	おける「	主たる症状	大及び紹	 経過」「治療!	内容、検査網	果、療養	指導」	等(詳	しく)		手術	年月	日	一]		<u> </u>			日
											7				1- 17						
												退院	年月	日	令和]	年		月		日
											١										
										_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	
	症状経過からみ	て従来の	の職種につ	いて労	務不能と認	ぬられた医	学的な所	f見													
	人工透析を実施		- 1515		□昭和	□平成 □]令和		# 00 **		人工	肛門			人	工関節	節				
	または人工臓器	1 -	□透析の実績 □臓器を装着						蔵器等 重類		人工	骨頭			心	臓ペ	ース	メー	カー		
	を装着したとき		- 1930 HIL C - 2007			年 月	日	•••	±200		人工	透析			そ	の他	()
	上記のとおり相違	まありま+	ب ۸٫۰				令和	年		月		∃									
	医療機関の所在地																				
	医療機関の名称																				
	医師の氏名							(B) .	配話			,)					
	区間の以右									色市古			()					

記入例

