

# 健康保険 延長傷病手当金・付加金 支給申請書 (第 回)

※ ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、ご本人による署名または押印が必要です (和暦) 年 月 日提出

被保険者(申請者)が記入するところ	被保険者証の記号・番号				被保険者氏名				生年月日(和暦)								
	記号		番号						年	月	日						
	現住所 (日中の連絡先)		〒						電話番号		-	-					
									メールアドレス								
	会社名 所属先						仕事の内容										
	傷病名		(1)				初診日 (和暦)		年 月 日								
			(2)				初診日 (和暦)		年 月 日								
	申請期間 (療養の為、休んだ期間)・(和暦)			年		月		日	から		年		月		日まで		日間
	上記の申請期間について、ご自身の体調や症状をご記入ください。 医師からの治療に関する指示内容をご記入ください。																
	*必ず記入してください																
「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給(予定)していますか ※日付は和暦でご記入ください。																	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( 傷病名: _____ 受給開始年月: _____ 年 月 年間金額: _____ 円 ) 障害の等級: _____ 級 <input type="checkbox"/> 年金額改定:( 改定年月 _____ 年 月 年間金額: _____ 円 ) <input type="checkbox"/> 手続き中																	
<退職者のみ記入> 振込希望口座						銀行 信用金庫		預金 種別		普通 当座		口座名義 (カタカナ)					
						支店 出張所						口座番号					

※ 任職者の方は、振込口座記入不要 (任職資格取得申請書に記入していただいた口座に振込します)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 (和暦) 年 月 日			
	代理人 (口座名義人)	氏名	住所		
		(フリガナ)	委任者と代理人との関係		
		氏名	住所		
			電話番号		

本紙に記載された個人情報は、傷病手当金を支給決定する目的のみに使用し、目的の範囲を超えての利用は致しません。

【太枠内は健保記入欄です】

伺年月日		年 月 日				延長傷手 支給開始日		年 月 日				総支給日数		前回残日数		今回残日数	
支給額	百 万 拾 万 万 千 百 拾 円					支給期間	年 月 日 日間				傷手支給開始日 年 月 日						
							平均日額 ( 円 )				付加日額 ( 円 )						
内 訳					入院期間	年 月 日 日間				前回	始	年 月 日				総支給日数	
	付加給付					年 月 日 日間						終	年 月 日				

健保受付印

事業主が証明するところ	記号 - 番号	-		被保険者氏名			健保確認欄																													
	労務に服さなかった期間(和暦)	年 月 日 から		年 月 日 まで		日間																														
	勤務状況	出勤(遅・早)は「○」、有給(積休・代休)は「△」、公休は「公」、欠勤は「/」でそれぞれ表示してください						出勤	有給																											
		年 月	1	2	3	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
		年 月	1	2	3	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
		年 月	1	2	3	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
	上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か?				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		復帰状況(和暦)	年 月 日 復帰・退職																												
	賃金支給状況(手当)	区分	期間	単価	年 月度	年 月度	年 月度	年 月度	休業状況... (欠勤中・休職中) 休職期間(和暦) ... 年 月 日から 年 月 日まで																											
		通勤手当																																		
		欠勤控除額記入欄																																		
通勤手当について(和暦)		支給方法 (無し・1ヶ月分・6ヶ月分) 支給額 _____ 円 <input type="checkbox"/> 年 月 日から(停止・支給) <input type="checkbox"/> 出勤日(有給)のみ日割支給																																		
上記のとおり相違ないことを証明します。		(和暦) 年 月 日		担当者氏名																																
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名		電話 ( )																																		
確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。 <input type="checkbox"/> ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 <input type="checkbox"/> ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 ※②は事業所が届け出の記載を行う場合で事業所担当者が申請書本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合																																			

療養担当医師が意見を記入するところ	患者氏名			
	傷病名	(1)	療養の給付を開始した年月日(和暦)	(初診日) 年 月 日
		(2)		(初診日) 年 月 日
	発病または負傷の年月日(和暦)	年 月 日	転帰	繰越・軽快・悪化・治癒・中止・転院
	発病または負傷の原因			
	労務不能と認めた期間(和暦)	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	左の期間中の入院期間(和暦)	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間
	上の期間中の診療実日数	日間	診療日を○で囲んでください	月 1 2 3 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
				月 1 2 3 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
				月 1 2 3 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
	上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等を詳しくご記入ください			
症状経過からみて、従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見をご記入ください		今後の見通しについてご記入ください		
		A. 引続き加療を要する 年 月頃まで加療見込み		
		B. 年 月頃から就労可能の見込み		
		C. その他 ( )		
人工透析実施、人工臓器等の装着について	人工透析実施または人工臓器等の装着日 : (和暦) 年 月 日			
	人工透析実施または人工臓器等の種別 : 人工肛門・人工膀胱・人工関節・人工骨頭・心臓ペースメーカー・人工透析・その他 ( )			
上記のとおり相違ありません。		(和暦) 年 月 日		
医療機関所在地 医療機関名称 医師の氏名		電話 ( )		
		《お願い》 ○証明日以前の期間を証明願います ○訂正箇所には訂正印を押印願います		