

◎ この申請書は3枚一組です。

◎ 両面印刷不可です。必ず片面印刷で出力してください。

支払 決議 書	支払年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	会計	扱者	
	支給決定額	円					
	資格	得喪	S・H・R	種別	在職・任継	支給開始	H・R
			年 月 日			年 月 日	
			R	支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		日
	標報日額						

受付日付印

健康保険 延長傷病手当付加金 支給申請書

(第 回 目)

◎ 記入方法及び添付書類等については、別紙「記入上の注意」を確認してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 記号・番号	記号 番号	② 氏名	フリガナ	③ 生年月日	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日
	④ 申請者の 住所	〒 - ※ 都道府県から記入してください。				⑤ 電話番号
	⑥ 事業所の 名称			⑦ あなたの仕事の 内容(具体的に)		
	⑧ 傷病名			⑨ 発病または負傷年月日		
	1)			☐ 平成 年 月 日(頃) ☐ 令和 年 月 日(頃)		
	2)			☐ 平成 年 月 日(頃) ☐ 令和 年 月 日(頃)		
	3)			☐ 平成 年 月 日(頃) ☐ 令和 年 月 日(頃)		
	⑩ 傷病の 状況を詳しく	症状： 医師からの指示： 原因となった事柄：				
	⑪ 傷病の 原因について	☐ 私傷病 ☐ 第三者行為 ☐ 交通事故		※ 労災に該当する場合は申請できません。 ※ 第三者行為、交通事故の場合は事前にご連絡ください。		
	⑫ 療養のために 休んだ期間 (申請期間)	〔自〕 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		〔至〕 日間		
	⑬ ⑫の期間分として 報酬を受けましたか。 または、今後受けられますか。	☐ はい ☐ いいえ	⑭ (⑬で「はい」の場合) その報酬の額と その報酬支払の基礎 となった(なる)期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 までの分 として 円		
	⑮ 障害厚生年金 または障害手当金 について	☐ 無 ☐ 受給中 ☐ 請求中 → 年 月頃申請		※ 受給中もしくは受給をしていた場合は「年金証書(写)」と 「年金額改定通知書(写)」を添付してください。		
	⑯ (⑮で「受給中」の場合) 受給の要因となった傷病名及び 基礎年金番号・年金額について	傷病名		基礎年金番号	年金額 円	
	⑰ 老齢年金について (退職者のみ)	☐ 無 ☐ 受給中 ☐ 請求中		⑱ (⑰で「受給中」の場合) 基礎年金番号・年金額 について	基礎年金番号	年金額 円

※ 被保険者が記入するところは、2枚目に続きます。

住友金属鉱山健康保険組合
(2024年12月改訂)

延長傷病手当付加金支給申請書

1 2 3

- ◎ この申請書は3枚一組です。
◎ 両面印刷不可です。必ず片面印刷で出力してください。

※ ①⑨・②⑩はどちらか一方に記入してください(任意継続および退職後継続申請の方→①⑨、在職中の方→②⑩)

①⑨ 支払金融機関	☐ 銀行 ☐ 信組 ☐ 支店			備考欄
	☐ 金庫 ☐ 農協 ☐ 出張所			
	金融機関コード〔 〕 店番号〔 〕			
	預金種別	口座番号	フリガナ	
	☐ 普通 ☐ 当座		口座名義	
被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。				

②⑩ 委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日		
	被保険者 (申請者)	住所 氏名	
	受取代理人	住所	〒 - Tel
		フリガナ	氏名

※ ①～②⑩の訂正箇所については、二重線で抹消し正しくご記入のうえ、訂正部分には被保険者の印を押してください。

事業主が証明するところ	②① 労務に服さなかった期間		〔 自 〕 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 〔 至 〕	
	②② 右記記号にて、就労状況を記してください。		出勤:○ 公休:公 有給休暇:△ 欠勤:／	
			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			
	月			
	月			
	月			
	月			
	月			
	②③ 上記の期間に対して賃金を支給しました(します)か?		☐ はい→ ②④に内訳を記入してください ☐ いいえ	
②④ 上記期間中の出勤		日 給与締日と支払日を記入してください		
②⑤ 支給する(した)賃金の内訳		有給休暇 日 締日 日 支払日		
名称		支給対象期間 支給額		
月 日 ～ 月 日		円		
月 日 ～ 月 日		円		
月 日 ～ 月 日		円		
月 日 ～ 月 日		円		
復帰状況		☐ 未復帰 ☐ 復帰 (月 日)		
通勤手当		☐ 1か月 ☐ 6か月 ☐ 実費 ()円 ☐ なし		
②⑥ 上記のとおり相違ないことを証明します。		証明日 令和 年 月 日		
所在地				
名称				
事業主氏名		Tel		
		事業所担当者印		

※ 訂正箇所については、二重線で抹消し正しくご記入のうえ、訂正部分には担当者(もしくは貴事業所)の印を押してください。

延長傷病手当付加金支給申請書

1 2 3

- ◎ この申請書は3枚一組です。
◎ 両面印刷不可です。必ず片面印刷で出力してください。

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	⑲ 患者氏名		⑳ 発病または 負傷の年月日		☐ 平成 年 月 日(頃) ☐ 令和		
	㉑ 傷 病 名(労務不能と認めた主たる病名)				㉓ 療養の給付開始年月日(貴院での初診日)		
	1)				☐ 平成 年 月 日(頃) ☐ 令和 年 月 日(頃)		
	2)				☐ 平成 年 月 日(頃) ☐ 令和 年 月 日(頃)		
	3)				☐ 平成 年 月 日(頃) ☐ 令和 年 月 日(頃)		
	㉒ 労務不能と 認めた期間		令和 年 月 日 から 日 令和 年 月 日 まで		㉔ 発病または 負傷の原因		
	㉕ ㉒の期間中 の入院期間		令和 年 月 日 から 日 令和 年 月 日 まで		㉖ 療養費用の別		
					☐ 健保 ☐ 公費 ☐ 自費 ☐ その他 ㉗ 転 帰 ☐ 治癒 ☐ 繰越 ☐ 中止 ☐ 転医		
	㉘ 診療 実日数		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				
			手術年月日		令和 年 月 日		退院年月日 令和 年 月 日
㉙ ㉒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 <u>詳しく</u> ・ 症状経過からみて従来職種について労務不能と認められた医学的な所見							
㉚ 人工透析を実施または 人工臓器を装着したとき		人工透析を実施または 人工臓器を装着した日		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日		人工臓器等 の種類 ☐ 人工肛門 ☐ 人工関節 ☐ 人工骨頭 ☐ 心臓ペースメーカー ☐ 人工透析 ☐ その他	
㉛ 上記のとおり相違ありません。 証明日 令和 年 月 日							
医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 TEL							

- ※ 療養を担当した医師の方へのお願い
- ・ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と医師(もしくは貴院)の印を押してください。
 - ・ ㉙は詳しくご記入ください。
 - ・ ㉛医療機関の名称が手書きの場合、確認させていただいております。