

◎ 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	扱 者
	支給決定額		
	資格	S・H・R 年	月 日
	格 喪	R 年 月	日 日
	掲載口額		

受付日付印

健康保険組合使用欄

記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

### 延長傷病手当付加金

支給由書

チェック項目は該当するものに✓

請求回数を記入

(第 1 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 〇〇〇 番号 〇〇〇〇	② 氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	③ 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 〇年 1月 1日 <input type="checkbox"/> 平成
	④ 申請者の 住所	〒 XXX - XXXX ※ 都道府県から記入してください。 〇〇県△△市□□□町1-1			⑤ 電話番号	〇〇〇-△△△ -□□□□
	⑥ 事業所の 名称	〇〇〇〇株式会社		⑦ あなたの仕事の 内容(具体的に)	工場設備の点検・保全	
	⑧ 傷病名	1) 下腿骨骨折 2) 上腕打撲 3)		⑨ 発病または負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 〇年 6月 1日(頃) <input checked="" type="checkbox"/> 令和 〇年 6月 1日(頃) <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日(頃) <input type="checkbox"/> 令和	
	⑩ 傷病の 状況を詳しく	症状: 骨折及び打撲にともなう疼痛 医師からの指示: 患部の固定、自宅療養 原因となった事柄: 自宅の階段を下りる際に踏み外して落下した			原因がわからない場合は「不詳」と記入	
	⑪ 傷病の 原因について	<input checked="" type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 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		
	⑫ 療養のために 休んだ期間 (申請期間)	〔自〕 令和 〇年 6月 1日 ~ 〔至〕 令和 〇年 6月 30日		30 日間 出勤や有休も含めた左記期間中のすべての日数		
	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。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 〇年 6月 1日 から 令和 〇年 6月 30日 までの分 として 50,120 円	
	⑮ 障害厚生年金 または障害手当金 について	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 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 神経症性障害		基礎年金番号	年金額 586,000 円	
	⑰ 老齢年金について (退職者のみ)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 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。

延長傷病手当付加金支給申請書

- ◎ 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。

※ ⑱・㉔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→⑱、在職中の方→㉔)

⑱ 支払金融機関	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協		新橋	<input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	備考欄  ・任意継続被保険者 ・資格喪失(退職)後の申請の場合に記入  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。
	金融機関コード [ 9999 ]		店番号 [ 999 ]		
	預金種別	口座番号	フリガナ	ケンポ タロウ	
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	0000000	口座名義	健保 太郎	

⑳	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 〇 年 7 月 7 日	
被保険者(申請者)	住所	〇〇県△△市□□□町1-1
	氏名	健保 太郎

委任状 受取代理人	住所	〒 -
	フリガナ	
	氏名	

<2ページ目の残り>  
 事業所担当者が記入  
 (任意継続被保険者もしくは資格喪失後の申請の場合は記入不要)

<3ページ目>  
 担当医師が記入

㉑	労務に服さなかった期間 令和 〇 年 〇 月 〇 日 日間
---	----------------------------------

㉒	右記記号にて、就労状況を 有給休暇: △ 欠勤: /																																																																																																																										
事業主が証明するところ	<table border="1"> <tr> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th><th>13</th><th>14</th><th>15</th><th>16</th><th>17</th><th>18</th><th>19</th><th>20</th><th>21</th><th>22</th><th>23</th><th>24</th><th>25</th><th>26</th><th>27</th><th>28</th><th>29</th><th>30</th><th>31</th> </tr> <tr> <td>月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	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																													
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																																																																																																																											

\* 計3枚そろえて提出してください \*

㉓	上記の期間に対して賞金を支給しました(します)か? <input type="checkbox"/> はい → <small>㉕に内訳を記入してください</small> <input type="checkbox"/> いいえ	㉔ 上記期間中の出勤 有給休暇	日 日 日 日 日 日	給与締日と支払日を記入してください 締日 日 日 支払日 日 日 <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月
㉕	名称 支給する(した)賞金の内訳	支給対象期間 月 日 ~ 月 日 月 日 ~ 月 日 月 日 ~ 月 日 月 日 ~ 月 日	支給額 円 円 円 円	復帰状況 <input type="checkbox"/> 未復帰 <input type="checkbox"/> 復帰( 月 日 ) 通勤手当 <input type="checkbox"/> 1か月 <input type="checkbox"/> 6か月 <input type="checkbox"/> 実費 <input type="checkbox"/> なし ( )円

㉖	上記のとおり相違ないことを証明します。 証明日 令和 〇 年 〇 月 〇 日
所在地	
名称	
事業主氏名	
TEL	

事業所担当者印

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)				㉒ 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		
	2)				□平成 年 月 日(頃) □令和		
	3)				□平成 年 月 日(頃) □令和		
	㉓ 労務不能と認めた期間		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで		㉔ 発病または負傷の原因		
	㉕ ㉑の期間中の入院期間		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで		㉖ 療養費用の別		□健保 □公費 □自費 □その他
	㉗ 診療実日数		診療日を○で囲んでください		㉘ 転帰		□治癒 □繰越 □中止 □転医
			手術年月日 令和 年 月 日		退院年月日 令和 年 月 日		
	㉙ ⑲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  ・ 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						
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。