

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
	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	00000000	口座名義	健保 太郎	

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。

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 〒 xxx - xxxx Tel. 〇〇-△△△△-□□□□
〇〇都△△区□□□1-1-1
フリガナ 〇〇〇〇カブシキガイシャ ●●●●
氏名 〇〇〇〇株式会社 代表取締役社長 ●●●●

※ 申請者が在職者もしくは「⑱申請期間」に1日でも在職期間が含まれている場合事業者による証明が必要です

㉑ 労務に服さなかった期間 [自] 令和 〇 年 6 月 1 日 ~ [至] 令和 〇 年 6 月 30 日 30 日間

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:／

6月	△	公	公	／	／	／	／	／	公	公	／	／	／	／	公	公	／	／	／	公	公	／	／	△	／	公			
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--

【半日有休+半日欠勤】 ㉒:△、㉓:有給休暇にカウント

【半日出勤+半日有休】 ㉒:○、㉓:出勤にカウント

㉔ 上記の期間に対して賞金を支給しました(します)か? はい → いいえ

㉕ 上記期間中の 出勤 1 日 有給休暇 1 日 給与締日と支払日を記入してください

証明するところ	名称	支給対象期間	支給額	締日	支払日
	基準内賃金	6月1日 ~ 6月30日	37,666 円	月末	20日
	通勤手当	6月1日 ~ 6月30日	454 円		

月単位等の定額支給で、不労の日数分を控除していない手当等は必ず記載してください。

復帰状況 未復帰 復帰 (7月1日)

通勤手当 1か月 6か月 実費 なし (6,800)円

出勤や有休も含めた

網掛け部分には何も記入しない

記入者の印を必ず押してください



※ 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)				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	
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。