

傷病手当金・付加金 支給申請書  
延長傷病手当付加金

( 初回 / 継続 / 延長 )

被保険者の記入

被保険者等 記号		番号	
被保険者氏名	昭・平 年 月 日生		
喪失後給付の 場合は住所			
発病(負傷) の年月日	令和 年 月 日	傷病名	
発病(負傷)の原因	外傷の場合は別途届出が必要になる場合があります。		
療養のため 休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	この休んだ期間の報酬を受けましたか はい ・ いいえ
障害年金、障害手当金、その他公的年金の受給がありますか・・・ はい ・ いいえ			
年金受給の状況	年金の種類 障害年金・障害手当金・その他( )	年金額	円
	年金受給要因となった傷病名		
年金受給の方は年金証書(写)、手当金受給の方は支給決定通知書(写)を最初に添付下さい。金額改定になった場合はお知らせ下さい。			
給付金の受領は右記のものに委任します。 委任者 _____			
下記□を確認✓			
<input type="checkbox"/> この提出について申請者本人が作成しました。			
<input type="checkbox"/> 記載内容に誤りがないか確認しました。			
<input type="checkbox"/> 支給決定に際し調査が必要な場合、健保組合が事業主、保険医等に照会することに同意します。			
令和 年 月 日 被保険者氏名 _____			

注意事項

※1か月の期間ごとに申請いただくようお願いします。

事業所確認	

以下は健保組合使用

受付印

支給印

常務理事	事務長	担当者

保険医の証明

患者氏名			
傷病名	(2つ以上あるときは、主病に○印をしてください) ※ICD-10コード番号 ( )	療養の給付 開始年月日	平成 令和 年 月 日
発病(負傷) の原因		発病(負傷) の年月日	平成 令和 年 月 日
労務不能と 認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
傷病の 主症状及び 経過の概要	【診療実日数 日】  (労務に服することのできない旨の意見を必ずご記入願います。)		
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 保険医療機関 所在地 名称 (電話 - - ) 保険医 氏 名			

※ICD-10(国際疾病分類)コード 記入へのご協力をお願いします。

※1か月の期間ごとに証明いただくようお願いします。

事業主の証明

被保険者等 記号・番号	・	被保険者氏名	
給与の種類	<input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他( )		
労務に服さなかった 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
上記期間を含む 賃金計算期間について 報酬を支給した状況	<input type="checkbox"/> 有給休暇等 (取得した日: )		
	<input type="checkbox"/> 諸手当 (通勤・住宅・家族) <input type="checkbox"/> その他 ( )    ] の分として → 1か月分 _____ 円支給した。 → / ~ / 分を日割り計算し _____ 円支給した。 (日割り支給又は控除した場合の計算方法 ※支給日数がわかるように記載願います。)		
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所 所在地 名称 事業主 氏 名			

※申請期間中の日について、勤務管理台帳(写)と、賃金台帳(写)もしくは給与明細(写)を添付して下さい。

※1か月の期間ごとに証明、申請いただくようお願いします。