

新

傷病手当金・付加金
延長傷病手当付加金 支給申請書

初めての申請は「初回」に○をします。
(初回 / 継続 / 延長)

2回目以降の申請は「継続」、延長の場合は「延長」に○をします。

「資格情報のお知らせ」やマイナポータルでご確認ください。番号の枝番は記載不要です。マイナンバーの記載はNGです。

被保険者の記入

被保険者等 記号	9999	番号	999999
被保険者氏名	日発 太郎		
喪失後給付の場合は住所	退職後申請の場合のみ住所を記入してください。		
発病(負傷)の年月日	令和 6年 12月 17日	分かる範囲で	右大腿骨骨折
発病(負傷)の原因	スキーをしていて、転倒した	休み始めた日から連続した日付(土日を含め)を記入します。	
療養のため休んだ期間	令和 6年 12月 18日から 令和 6年 12月 31日まで	14 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	年金額	
	障害年金・障害手当金・その他()		年金受給ある方、予定がある方、必ずお知らせください。
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 □□□株式会社
代表取締役社長 ○○○

下記口を確認✓

- この提出について申請者本人が作成しました。
- 記載内容に誤りがないか確認しました。
- 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 日発 太郎

記入した日

注意事項
※1か月の期間ごとに申請いただくようお願いいたします。

会社経由で受給となる為、事業主が委任者となります。

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	日発 太郎		
傷病名	(2つ以上あるときは、主病に○印をしてください) 右大腿骨骨折 ※ICD-10コード番号 ()	療養の給付 開始年月日	平成 令和 6年12月17日
発病(負傷) の原因	スキーでの転倒による受傷	発病(負傷) の年月日	平成 令和 6年12月17日
労務不能と 認められた期間	令和 6年12月17日から 令和 6年12月31日まで 15日間		
傷病の 主症状及び 経過の概要	【診療実日数 11日】 医師による記述・・・ (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 7年 1月 4日 保険医療機関 所在地 名称 (電話 保険医 氏名			

医療機関のゴム印、保険医のサイン

※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	9999 ・ 999999	被保険者氏名	日発 太郎
給与の種類	<input checked="" 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 6年12月18日から 令和 6年12月31日まで 15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 checked="" type="checkbox"/> 有給休暇等 (取得した日: 12/18~12/19) <input checked="" type="checkbox"/> 諸手当 (通勤・ 住宅 ・家族)] の分として <input type="checkbox"/> その他 () → 1か月分 _____ 円支給した。 → 12/1 ~ 12/19 分を日割り計算し 5,910 円支給した。 (日割り支給又は控除した場合の計算方法 ※支給日数がかかるように記載願います。 1か月分10,000円÷22(平均稼働日数)×13(出勤日数)=5,910)		
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 7年 1月 8日 事業所 所在地 名称 事業主 氏名			

事業所のゴム印など

※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。