

同年月日	令和	年	月	日
決済年月日	令和	年	月	日
支給額	円			
支給期間	自 令和	年	月	日
	至 令和	年	月	日
傷手	日額	円	2	日

健康保険 家族(被扶養者) 令和 2年 4月 1日交付
被保険者証 記号 9999 番号 9999999

氏名 XX XX
 生年月日 昭和45年12月31日 性別 女
 資格認定 令和 2年 4月 1日
 被保険者 XX XX

保険者所在地 神奈川県横浜市金沢区福浦三丁目10番地
 保険者番号 06140859 TEL 045-786-7539
 保険者名称 日本発条健康保険組合
 発行通番 999999999

支給支払決議書			
理事長	常務理事	事務長	係員

資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日

被保険者証の記号・番号はこちらに記載されています。

満期日	年	月	日
	年	月	日

委任	渡
----	---

傷病手当金 傷病手当金付加金 延長傷病手当付加金 **申請書** (第 1 回) 延長 (第 回)

本人記入欄	被保険者証記号・番号	9999 . 9999999	被保険者住所	〇〇県 〇〇市 △△1-2-3	
	発病(負傷)の年月日	令和 2年 12月 16日	傷病名	右大腿骨骨折	
	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。 スキーをしていて、転倒した			
	療養のため休んだ期間	令和 2年 12月 17日から 令和 2年 12月 31日まで	15 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	年金の種類別	年金額	円	
		障害年金・障害手当金・その他()		円	
	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。				
上記の通り申請し、給付金の受領は 〇〇〇株式会社 代表取締役社長 〇〇〇 に委任します。 傷病手当金について支給決定をするための調査が必要な場合、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 2年 1月 8日		被保険者氏名	日発 太郎	日発 印	

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	
担当印	担当印

