

傷病手当金(付加金) 請求書 (● 回目)
 延長傷病手当金付加金

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号・番号	000 0000	被保険者 氏名	健保 太郎	事業所 名称	株式会社〇〇〇〇
	業務の種別 (具体的に)	総務部に所属し、事務作業を行っている。				
	傷病名	骨折				
	発病の状態または 負傷の原因を 詳しく	休日に外出した際、最寄駅の階段で滑って転倒し、左手を骨折した。				
	発病または負傷の療養を するために働けなかった期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日から令和〇〇年〇〇月〇〇日まで 〇〇日間				
	上記期間中、賃金等の報酬を 現在までに受けましたか、 また将来受けられますか	現在	受けている・ 受けていない	将来	受けられる・ 受けられない	
	報酬の支払を受けた(受けられる)とき、報酬額と 報酬支払の基準となった(なる)期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日の 日間の分として 円				
	労災給付の受給状況	受給している・請求中・請求予定(請求時期:) 請求しない				
	老齢年金や障害年金・障害 手当金を受けているとき、 又は受けることができるとき	年金等の種別	年金額	円		
		年金を受けること なった年月日	年 月 日	障害年金の支給事由と なった傷病名		
私は、貴健保組合が傷病手当金の支給に際し、第三者機関に必要な情報の照会をとることに同意します。 また、この申請書の写しも有効であることに同意します。 以上のとおり請求します。						
令和〇〇年〇〇月〇〇日						
被保険者の 住所 〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1						
コスモスイニシアグループ健康保険組合 理事長 殿						
電話 000 (0000) 0000 氏名 健保 太郎						
振 込 先	振込先銀行名		支店名		支店コード	
	〇〇〇〇〇〇 銀行		▲▲▲ 店		0 1 2 3	
受 取 人	口座番号		預金種別	口座名義(カナ)		
	1 2 3 4 5 6 7	普通	健保 太郎			
※被保険者名義以外の口座に振込を希望される場合にご記入下さい						
委 任 状	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。					
	住所 〒 令和 年 月 日					
	被保険者の 氏名					
	代理人 の氏名	(フリガナ)	委任者と代理 人との関係			
代理人 の住所	〒 電話番号 ()					
給付金の受領を委任する場合は、被保険者・代理人それぞれが記入して下さい。同一筆跡は不可といたします。						

※2枚目も必ず提出してください。

※本書に記入していただいた個人情報については適切に取り扱い、目的外には利用しません。

事業主が証明する欄	請求者名	この欄は、所属会社のご担当者が記入してください。	標準報酬月額	千円	
	傷病手当金の申請種別		傷病での労災の申請状況	申請しない・申請中	
	※過去に、同一傷病で受給→治癒の実績がある場合は「再発」に○をして下さい。別の傷病で受給→治癒の実績がある場合は「別傷病」に○をして下さい。		※いずれかに○をして下さい。 原因が労務・通勤災害による場合は、必ず労災申請をして下さい。		
	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間			
	上記期間中の分として支払う報酬関係	該当するものに○をして下さい。 1. 上記期間中の報酬の一部または全部を、支払った、または支払う 2. 上記期間中の報酬は、現在までも、また将来も支払わない 1.の場合、下記も記入して下さい。			
	上記期間中に出勤した期間	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間			
	上記期間中に有給消化した期間	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間			
	欠勤したが、報酬の一部か全額を支払った期間	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間			
	支払った報酬の内容など				
	上記のとおり相違ないことを証明します。 また、この申請に添付する勤務表及び給与台帳の写しは原本と相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所名 事業主名				

療養を担当した医師が意見を書く欄	傷病名	この欄は、療養を担当した医師に記入を依頼してください。	診療開始日	令和 年 月 日	
	発病または負傷の年月日		令和 年 月 日		
	発病または負傷の原因				
	傷病の主症状、経過概要、当月の治療内容の詳細				
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間			
	今回、労務不能とした期間中もしくはその前後に診療した日				
	労務不能と認めた医学的な所見、労務の支障となった症状の詳細				
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住所 〒 医療機関名 医師名 電話番号				