

令和 年 月 日

## 延長傷病手当付加金受給届

キッコーマン健康保険組合理事長 殿

被保険者等 記号・番号		被保険者の住所	
事業所（所属）		氏 名	印
傷 病 名		診療開始年月日	令和 年 月 日
現に診療を受けている 医師の住所及び氏名			
* 傷病手当金受給開始 年月日及び満了年月日	受給開始	令和 年 月 日	
	受給満了	令和 年 月 日	

キッコーマン健康保険組合