

傷病手当・附加金

延長傷病手当附加金

請 求 書 (第 回) 所属

被 保 険 者 記 入	被保険者証 記号 番号		標準報酬 月 額	千円	被保険者の住所	住 所												
	傷 病 名				氏名及び印	氏 名	給付金の受領は 事業主に委任します。											
	発病又は負傷の 年 月 日	平成/令和	年	月	日	* 給付始期	平成/令和	年	月	日								
	原 因				* 前回給付	平成/令和			年	月	日迄							
	労務に服することが できなかった期間 (年休等も含みます)	平成/令和	年	月	日から	平成/令和	年	月	日から	平成/令和	年	月	日まで	日間	左記の期間中において報酬の全部 又は一部を受けたとき又は受け得 るときはその報酬の額及び期間	年休等	日使用	円
入院した期間 があるときは	病院の 名称			入院した 期 間	平成/令和	年	月	日から	平成/令和	年	月	日迄	日間	障害厚生年金または障害手当金を 受給していますか	いいえ・請求中・はい			
	所 在 地				平成/令和	年	月	日迄	日間			障害厚生年金または障害手当金の受給 の原因となった傷病名						

事業主証明	労務に服しなかった期間及びその期間中に おいて報酬の全部、又は一部を支給し、 又は支給すべきものであるときはその額	平成/令和	年	月	日から	平成/令和	年	月	日まで	日間	円	事業主の住所・ 氏名及び印	印	委任を受けた給付金は貴組合との間で定められた 方法で受領します。
-------	---	-------	---	---	-----	-------	---	---	-----	----	---	------------------	---	-------------------------------------

保 険 医 の 意 見	傷 病 名				発病又は負傷の 原 因				保険医の住所氏名及び印				
	発病又は負傷の 年月日	平成/令和	年	月	日	療養給付を開始 した年月日	平成/令和	年	月	日	左記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日		
	労務不能と 認められた期間	平成/令和	年	月	日から	平成/令和	年	月	日まで	日間	診 療 実 日 数	日間	印
傷病の主症状 及び経過概要													

支給決定上の 参考事項											
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--