

(A)

## 延長傷病手当金付加金請求書

(1) (第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(2) 被保険者証の 記号と番号	(記号) (番号)	(3) 被保険者の 氏名と押印	(4) 印	
	(5) 被保険者の 現住所	(〒 )		電話番号 ( ) -	
	(6) 事業所名 又は 所属部名	(7) 被保険者の 標準報酬等級		等 級	
	(8) 被保険者の 資格を取得 した年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日		(9) 被保険者の 業務の種別	
	(10) 発病又は負 傷の年月日	平成 ・ 令和 年 月 日		(11) 傷 病 名	
	(12) 発病又は負 傷の原因を 詳し く				
	(13) 傷病又は負 傷の療養を するため休 んだ期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで		日間	
	(A) 上の(13)に書いた期間の 分の報酬を受けました か、又は受けられますか	受けた ・ 受けない ・ 受けられる ・ 受けられない			
	(B) 報酬支払を受けたとき又 は受けられるときは、そ の報酬の額とその報酬額 支払の基礎となった期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで		の分として 円	
	(A) 上の(13)に書いた期間の中 に入院した期間がありますか	ある ・ ない			
	(B) 入院した期間があるときは	(イ) 病 院 名			(ロ) 病院の所在地
		(ハ) 入院した 期 日	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで		
		(ニ) 健康保険で入院 しましたか、自費 で入院しましたか	健 保 ・ 強 制 自 費 そ の 他 保 ・ 収 容 ・ 費 ・ 他	(ホ) 被扶養者が おりますか	いる ・ いない
(ヘ) 被扶養者 があるとき は、その者の		氏 名	生年月日	被保険者との続柄	
		年 月 日生			

令和 年 月 日提出

(B)

事業主が証明するところ	(16) 労務に服さなかった期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日間
	(17) 上の期間中の分として支払う報酬関係	(イ) 全額支給した場合 又は支給する場合	平成・令和 年 月 日からの分 平成・令和 年 月 日まで 金 円 ( 月 日支払) (日額金 円)
		(ロ) 一部支給した場合 又は支給する場合	平成・令和 年 月 日からの分 平成・令和 年 月 日まで 金 円 ( 月 日支払) (日額金 円)
		(ハ) 現在までも又将来も支給しない場合は、その旨	
上のおおりに相違ないことを証明します 令和 年 月 日 事業主 (18) 住所 (20) (19) 氏名 印 電話 局 ( ) 番			

療養を担当した医師が意見を書くところ	(21) 傷病名		(22) 傷病が結核性であるか否か	結核性・非結核性	
	(23) 発病又は負傷の原因				
	(24) 発病又は負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	(25) 療養の給付を開始した年月日	平成・令和 年 月 日	
	(26) 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	(27) 左の期間中の診療実日数	日間
	(28) 傷病の主症状及び経過概要				
	(29) 上の(26)期間中に入院した場合は、その期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日間	(30) 入院の費用別	健保・自費・公費
上のおおりに相違ありません 令和 年 月 日 医師 (31) 住所 (33) (32) 氏名 印 電話 局 ( ) 番					

委任状	(34) 私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	年 月 日請求した延長傷病手当金付加金のうち 金 円也の受領に関すること。 令和 年 月 日 被保険者の住所 (請求者) 氏名	印

昭和シェル健康保険組合	払渡希望の	銀行名	銀行 (フリガナ) 店	口座番号 (フリガナ) 口座名義人	普・当
	上記によって金 円也を請求する 令和 年 月 日 昭和シェル健康保険組合理事長 殿				