

支給金額	法定給付	円
	付加給付	円
	延長付加給付	円
	年金・手当	▲円
	合計	円

常務理事	事務長	担当

傷病手当金・傷病手当付加金 請求書 (第 回)  
 延長傷病手当付加金 請求書 (第 回)

愛知製鋼健康保険組合 理事長 殿 平成 年 月 日

本人が記入するところ	健康保険証の記号・番号		業務の種類別	
	事業所の名称			
	被保険者の氏名	Ⓜ 生年月日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日
	被保険者の住所	〒 ( ) -		
	資格を取得した年月日	昭和 年 月 日	標準報酬月額	千円
	傷病名		傷病又は負傷の年月日	平成 年 月 日
	傷病又は負傷の原因	第三者行為によるものですか いいえ ・ はい		
	労務に服することができなかった期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		日間
	年金受給の有無	受給中 ・ 受給していない ・ 請求中		
	傷害年金又は退職後の老齢年金等を受給中の方	年金の種類	年金受給額	受給開始年月日
		障害厚生年金	円	平成 年 月 日
		障害手当金	円	平成 年 月 日
		老齢厚生年金	円	平成 年 月 日
		( )	円	平成 年 月 日
	( )	円	平成 年 月 日	
受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 平成 年 月 日 被保険者（請求者）氏名 Ⓜ		受付日付印 	
代理人の氏名と印	(フリガナ)	Ⓜ		
代理人の住所	〒 -			

※この申請書で申請できる期間は最長2ヶ月です。  
 保険給付を受ける権利の時効(消滅期間)は2年間です。  
 給付金は「給付金支給決定通知書兼医療費のお知らせ」でご確認下さい。  
 ・愛知製鋼株の方は給与上乘せ ・他事業所の方は届出されている口座振込

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間		
	就労状況(出勤-無印、有給-△、病欠・欠勤-○、◎-福祉、公休-赤丸)				
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
		11 12 13 14 15 16 17 18 19 20		11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	
		21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
	上記の期間中の分として報酬・手当を全額または一部支給した場合又は支給する場合				
	報酬・手当の種類	支給対象期間	日数	支給額	支払日
	月	月 日～ 月 日	日	円	月 日
	月	月 日～ 月 日	日	円	月 日
	月	月 日～ 月 日	日	円	月 日
月	月 日～ 月 日	日	円	月 日	
上記のとおり相違ないことを証明します。 住所 事業主 氏名 Ⓜ 〒 ( ) -				平成 年 月 日	

療養を担当した医師が意見をかくところ	傷病名		発病又は傷病の原因		
	発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日	療養の給付を開始した年月日	平成 年 月 日	
	労務不能と認められた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	左記期間中の診療実日数	日間
	傷病の主状態及び経過概要				
	上記期間中の入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	入院の費用の別	健保・公費 自費・その他
	上記のとおり相違ないことを証明します。 住所(所在地) 医師 医療機関名 氏名 Ⓜ 〒 ( ) -				平成 年 月 日

健保組合使用欄	資格取得日	年 月 日	算定標準報酬月額	算定標準報酬日額	
	資格喪失日	年 月 日	千円	円	
	支給開始日	平成 年 月 日	期間満了日	平成 年 月 日	
	前回支給期間	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日	
	支給期間	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日	日間
		標準報酬日額 (a)	支給率 (b)	日数 (c)	金額 (a × b × c)
	法定給付	円	2/3	日	円
	付加給付	円	1割	日	円
	延長付加給付	円	6割	日	円
	年金・手当	円	/	日	▲円
不支給	期間	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日	日間
全部・一部	理由				

