

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

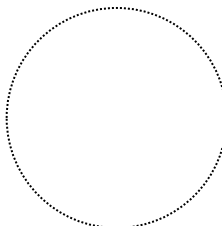
常務理事	事務長	担当

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

健康保険証の記号・番号	10	123456	業務の種別	事技職
事業所の名称	愛知製鋼株式会社			
被保険者の氏名	愛知 太郎	印	生年月日	昭和 50年 4月 20日 平成
被保険者の住所	〒476-0003 東海市荒尾町大脇24番地 Tel (052) 111-1111			
資格を取得した年月日	昭和 10年 4月 1日 平成	標準報酬月額	410千円	
傷病名	坐骨骨折	傷病又は負傷の年月日	平成 18年 2月 20日	
傷病又は負傷の原因	階段から転倒		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 18年 3月 1日 から 平成 18年 3月 31日 まで		31 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	

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		受付日付印 
	被保険者（請求者）氏名 印		
	代理人の氏名と印	(フリガナ) 印	
	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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	月	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	月	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
	日	21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	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 印 Tel () -				

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	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	発病又は負傷の年月日	療養の給付を開始した年月日	平成 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	左記期間の中の診療実日数 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 印 Tel () -				

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				

