

延長傷病手当付加金請求書

(第 1 回)

九電工健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、延長傷病手当付加金を請求します。

請求日		令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	
被保険者証の 記号・番号	記号 9 番号 99999	個人番号(12桁)	左欄に「記号・番号」を記入の場合は不要
被保険者氏名	九工 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
住所 電話番号	〒(815 - 0081) 福岡市南区那の川○丁目○番○号 日中に連絡可能な電話番号 (000 - 0000 - 0000)		
事業所 所属 社員番号	会社名 株式会社●●	支店・営業所・部門 ▲▲支店	社員番号 (987654)
傷病名	左下腿骨骨折	発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 2 年 9 月 30 日
発病・負傷の 状況・原因 (できるだけ詳しく)	自宅の階段で転落		
上記傷病の療養の ために休んだ期間	令和 4 年 5 月 1 日から 令和 4 年 5 月 31 日まで (31 日間)		
老齢年金又は、障 害年金、障害手当 金の受給について	<input type="checkbox"/> 受給している ・受給傷病名 () <input type="checkbox"/> 請求中 ・基礎年金番号 (-) ・年金コード() <input checked="" type="checkbox"/> 受給していない ・支払開始年月日(年 月 日) ・年金額 ()		
委任状	本請求に基づく給付金の受領を (会社名) 株式会社●● に委任する。 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 被保険者 自筆署名 九工 花子		

傷病名		療養の給付 開始年月日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
発病または負傷の 原因			
発病または負傷の 年月日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	労務不能と 認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (日間)
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等 (詳しく)	左記期間中の 診療実日数 日間		
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見			
上記のとおり相違ありません 所在地 医療機関名称			
令和 年 月 日 医師氏名			

傷病のため労務に 服さなかった期間	令和 4 年 5 月 1 日から 令和 4 年 5 月 30 日まで (31)日間		
上記期間中の報酬	<input checked="" type="checkbox"/> 支給しない <input type="checkbox"/> 支給した (支給する)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの報酬として (円)	
事業主の証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 事業主 福岡市中央区天神○丁目○番○号 住所 名称 株式会社●● 氏名 代表取締役 ▲▲ ▲▲		
	事業所担当者名・受付日の記入、または押印 受付日: 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 担当者名 または 担当者 日付印 社会保険労務士 確認欄 必要に応じて、社会保険労務士 記載		

※ 提出前に、記入・添付書類の不備がないようにご確認ください。

【添付書類】

- 勤務票
- (年金を受給中または請求中の場合)
年金証書および年金振込通知書のコピー
- (退職後に請求する場合)
給付金・補助金 送金依頼書

健保組合 担当	健保組合 受付印