延長傷病手当付加金請求書　（第　　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

請求者記入欄

被保険者証の記号・番号	記号	番号	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			生年月日	□ 昭和　□ 平成　　年　　月　　日
住所 電話番号	〒（　　－　　）			日中に連絡可能な電話番号 （　　－　　－　　）
事業所 所属 社員番号	会社名	支店・営業所・部門		社員番号 （　　）
傷病名			発病または負傷年月日	□ 平成　□ 令和　　年　　月　　日
発病・負傷の状況・原因（できるだけ詳しく）				
上記傷病の療養のために休んだ期間	令和　　年　　月　　日から　令和　　年　　月　　日まで（　　日間）			
老齢年金又は、障害年金、障害手当金の受給について	□ 受給している □ 請求中 □ 受給していない	「受給している」または「請求中」の場合、下記に記入。　※年金証書・年金振込通知書のコピーを添付 ・受給傷病名　（　　） ・基礎年金番号　（　　－　　）　・年金コード（　　） ・支払開始年月日（　　年　　月　　日）　・年金額　（　　）		

九電工健康保険組合が支給決定を行うにあたり、必要に応じて医療機関、事業所、保険者、官公庁等に照会することに同意します。
なお、本書の写しも有効とします。
また、在職期間中の請求の場合は、本請求書に基づく給付金の受領を事業主に委任します。

令和　　年　　月　　日　　被保険者　自筆署名

保険医の意見欄

傷病名			療養の給付開始年月日	□ 平成 □ 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	□平成 □令和　　年　　月　　日	労務不能と認めた期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで（　　日間）	左記期間中の診療実日数	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）

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

事業主の証明欄

傷病のため労務に服さなかった期間	令和　　年　　月　　日から　令和　　年　　月　　日まで　（　　）日間	
上記期間中の報酬	□ 支給しない	□ 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）

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
住所
名称
氏名

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

社会保険労務士　確認欄

※　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。
※　傷病手当金は給与に代わるものですので、2回目以降、請求される場合は基本的に1ヶ月毎に請求してください。

【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