

延長傷病手当金付加金請求書

(第 回)

被保険者が記入するところ	被保険者証の 記号と番号	-----	被保険者の 氏名				
	被保険者の 現住所						
	事業所名称					被保険者の 標準報酬	級
	傷病名			労務に服する事が 出来なかった期間	令和 令和	年 月 日 年 月 日	日
	病院名			住所			
		入院期間	令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで		日間
	老齢又は退職、障害を事由とする公的年金を受給していますか				はい・請求中・いいえ		
	年金の名称	基礎年金番号及び年金コード又は記号番号 若しくは番号		受給年月日	年金額		
	老 齢 ・ 障 害						
	事業主が記入する ところ	労務に服しな かった期間に 対する事業主 の証明	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間		
住所 事業主 氏名							
医師の記入する ところ	傷病名						
	労務不能と 認められた 期間	令和	年 月 日	日間	診 療 実 日 数	日間	
		令和	年 月 日				
	傷病の主症状 及び経過概要						
	入院期間	令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで		日間	
令和 年 月 日 住所 医師 氏名							
委任状	上記のとおり申請し、 年 月 日 を代理人と定め、次の権限を委任する。 〒 被保険者の 住所 氏名 代理人の 住所 氏名						