

# 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	000 ----- 0000	被保険者の 氏名	三菱 太郎		
	被保険者の 現住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-1				
	事業所名称	〇〇〇株式会社			被保険者の 標準報酬	〇〇 級
	傷病名	肝炎		労務に服する事が 出来なかった期間	令和 〇年 〇月 〇日 令和 〇年 〇月 〇日	〇 日
	病院名	〇〇〇〇病院		住所	〇〇県〇〇市〇〇町2	
		入院期間	令和 〇年 〇月 〇日から 令和 〇年 〇月 〇日まで 〇日間			
	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	0000000000	〇年〇月〇日	¥〇〇〇,〇〇〇 -			
事業主が記入する ところ	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間					
労務に服しなかつた期間に対する事業主の証明		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、 を代理人と定め、次の権限を委任する。 〇年 〇月 〇日 千 被保険者の 住所 氏名 代理人の 住所 氏名					