

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 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 〇年 〇月 〇日 令和 〇年 〇月 〇日	日間	診療 実日数	日間	
	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					