

支給金額	法定給付	円
	付加給付	円
	延長付加給付	円
	年金・手当	▲円
	合計	円

常務理事	事務長	担当

提出先：愛知製鋼の方は人事部福利厚生室 他事業所の方は総務・人事

- 傷病手当金・傷病手当付加金 請求書
 延長傷病手当付加金 請求書

愛知製鋼健康保険組合 理事長 殿

令和 6年12月10日

本人が記入するところ	被保険者資格情報 記号・番号	10	123456	会社名	愛知製鋼株式会社
	所属部署名	人事部 福利厚生室			
	被保険者の氏名	愛知 太郎	生年月日	昭和 55年 4月 20日 平成	
	被保険者の住所	〒476-0003 東海市荒尾町大脇90番地 Tel (052) 111-1111			
	傷病名	坐骨骨折	傷病又は負傷の年月日	令和6年11月1日	
	傷病又は負傷の原因	階段から転倒		第三者行為によるものですか いいえ・はい	
	労務に服することができなかった期間	令和6年11月1日から 令和6年11月30日まで	30日間		
	年金受給の有無	受給中・受給していない・請求中			
	傷害年金又は退職後の老齢年金等を受給中の方	年金の種類	年金受給額	受給開始年月日	
		障害厚生年金	円	令和	年 月 日
障害手当金		円	令和	年 月 日	
老齢厚生年金		円	令和	年 月 日	
()		円	令和	年 月 日	
受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日			受付日付印 	
	被保険者(請求者)氏名				
	代理人の氏名と印	(フリガナ)			
	代理人の住所	〒 -			

※この申請書で申請できる期間は最長2ヶ月です。
 保険給付を受ける権利の時効(消滅期間)は2年間です。
 給付金は「給付金支給決定通知書兼医療費のお知らせ」でご確認下さい。
 給付金は給与上乘せ

事業主が証明するところ	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																			
	就労状況(出勤-無印、有給-△、病欠・欠勤-○、福祉-◎、公休-赤丸)																					
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		月	11	12	13	14	15	16	17	18	19		20	月	11	12	13	14	15	16	17	18
	21		22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	21		22	23	24	25	26	27	28	29
	上記の期間中の分として報酬・手当を全額または一部支給した場合又は支給する場合																					
	報酬・手当の種類		支給対象期間		日数	支給額	支払日															
	月			月 日～ 月 日	日	円	月 日															
				月 日～ 月 日	日	円	月 日															
				月 日～ 月 日	日	円	月 日															
上記のとおり相違ないことを証明します。 住所 事業主 氏名 Tel () -					令和 年 月 日																	

療養を担当した医師が意見をかくところ	傷病名		発病又は傷病の原因		
	発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	療養の給付を開始した年月日	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	左記期間の中の診療実日数	日間
	傷病の主状態及び経過概要				
	上記期間中の入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	入院の費用の別	健保・公費 自費・その他
	上記のとおり相違ないことを証明します。 住所(所在地) 医師 医療機関名 氏名 Tel () -				
	令和 年 月 日				

健保組合使用欄	資格取得日	年 月 日	算定標準報酬月額	算定標準報酬日額	
	資格喪失日	年 月 日	千円	円	
	支給開始日	令和 年 月 日	期間満了日	令和 年 月 日	
	前回支給期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日			
	支給期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日	日間		
		標準報酬日額(a)	支給率(b)	日数(c)	金額(a×b×c)
	法定給付	円	2/3	日	円
	付加給付	円	1割	日	円
	延長付加給付	円	6割	日	円
	年金・手当	円	/	日	▲円
不支給	期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日	日間		
全部・一部	理由				