

健 保 組 合			事業所担当者の 確 認 印
常務理事	グループ長	担 当 者	
日付印			

傷 病 手 当 金
傷 病 手 当 金 付 加 金 支 給 申 請 書 〔第 回〕
延長傷病手当金付加金

被 保 険 者 記 入 欄	健 康 保 険 被 保 険 者 証		申請日		平成 年 月 日			
	記 号	番 号	事業所名					
			所 属 (または出向先)		部 室・グループ 課・工場			
	被 保 険 者 の 氏 名		被保険者住所 〒					
	(氏)	(名)	連 絡 先	自 宅				
			職場(外線)		内線			
	氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要							
	労務不能期間	※医師の意見欄と同様にしてください。 平成 年 月 日から 日間 平成 年 月 日まで			第三者行為による ものですか		は い・ いいえ	
	傷 病 名	※医師の意見欄と同様にしてください。						
	発病・負傷の原因	※医師の意見欄と同様にしてください。						
年金等受給状況	・ 無 ・ 老齢年金等 ・ 有 (右記いずれかに○) ・ 障害年金等 (傷病名:) ・ 雇用保険の受給(予定)							
年金等有の方のみ 記入	受 給 額 (年額)	円	受 給 開 始 月	平成 年 月				
私は、傷病手当金等受給期間において障害年金、老齢厚生年金等(在職老齢年金を除く)および雇用保険、労災保険を受給していないことを証明します。万が一受給していた、もしくは今後受給した場合は、速やかに傷病手当金等をお返しすることをお約束します。								
平成 年 月 日 被保険者氏名 ⑩ ※上記「年金等受給状況」で無に○をつけた方のみ、証明欄に記名・押印して下さい。 ※自ら署名した場合も必ず押印ください								
委任状 (退職者・ 任継者は 記載不要)	新日鐵住金健康保険組合から私に支給される給付金の受領を事業主に委任します。 平成 年 月 日 被保険者氏名 ⑩ ※自ら署名した場合も必ず押印ください							

※訂正する場合は、二重線で訂正の上で訂正印を押印ください。(修正インク・テープ使用不可)
※年金等を受給している場合は、初回申請時に年金証書(写)を添付してください。
受給額の変更があった時には再度添付してください。(在職老齢年金は調整対象外)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
記号・番号が記入されている場合は、マイナンバーの記入は不要です。
(注)マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄	
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	⑩

健 保 記 入 欄	受 付 No.	
	月 額 (日 額)	千 円 (円)
	支 給 期 間	/ ~ /
	支 給 日 数	日
	給 付 開 始	平成 年 月 日
	法 定 給 付 額	円
	付 加 給 付 額	円
支 給 決 定 額	円	

健康保険被保険者証		被保険者の氏名	
記号	番号	(氏)	(名)

事業主の証明欄	【労働日のみ減額の事業所】出勤→出、有給→△、欠勤→×、公休日→○、 【1/30日分を減額の事業所】出勤→出、減額しない休暇→△、減額する休暇→×																															
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	欠勤減額の取扱い (右記のいずれかに○)								・労働日のみ減額																・1/30日分を減額							
	労務に服さなかった期間								平成 平成		年 年		月 月		日から 日まで		報酬の種類															
	報酬の有無								有 ・ 無								報酬のある場合 (月額もしくは日額に○)								月額 日額		円					
	報酬を支給した期間								平成 平成		年 年		月 月		日から 日まで		日間															
	以上のとおり証明いたします。 事業主または代理人 所在地 氏 名 印																															
	連絡先氏名																								連絡先電話番号							

療養を担当した医師の意見欄 (枠内は全て記入してください。)	傷病名	主病																																	
	発病または負傷の原因																																		
	発病または負傷の年月日	平成	年	月	日	療養の給付を開始した期日(初診日)				平成	年	月	日																						
	労務不能と認めた期間	平成	年	月	日から 平成	年	月	日まで	日間				左の期間中の 実診療日数																日						
	労務不能と認めた理由(自覚的症状、他覚的所見など)、治療経過について詳しくご記入ください																																		
	医学的に見て、 今後就労の可否	可 能 ・ 不 能				可能な時期				平成 年 月 頃																									
						不能な理由																													
	症 状 は 固 定	している ・ していない				症状固定年月日				平成 年 月 日																									
						今後の療養見込期間				平成 年 月 頃まで																									
	上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日 医 療 機 関 所 在 地 名 称 電 話 医師氏名 印																																		