

【受 付 印】				支 給 支 払 決 議 書						
				常務理事	事務長	係		不支給の場合		
										
				資格取得年月日		年 月 日				
				資格喪失年月日		年 月 日				
支 給 額		円		支給開始月を含む直近12ヶ月の平均標準報酬月額						
支 給 開 始		年 月 日		円 (日額 円)						
支 給 期 間		自 年 月 日 至 年 月 日 日間		全部・一部不支給		期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間 円		理由		
前回	始	年 月 日		備 考						
	終	年 月 日								

延長傷病手当金付加金請求書(第 回目)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者の		被保険者証の 記号番号		—		氏名				
			住所								
			仕事 内容	(資格喪失後の継続給付の場合は退職前の仕事内容を記入)							
	発病又は負傷 の年月日		令和 年 月 日		傷 病 名						
	発 病 又 は 負傷の原因										
	労務に服することが できなかった期間			令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		日間					
	上記期間に報酬の全部又は 一部を受けたとき、又は 受けることができるときは、 その報酬額及び期間			令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		日間					
				受けた報酬額		円					
				受けることができる報酬額		円					
	障害年金、障害 手当金を受けている とき、又は受ける ことができるとき		年金の 種別	障害年金・障害手当金		年金額		年金の支給 事由となった 傷病名			
年金を受けることと なった年月日			年 月 日		障害年金を受けている 場合は障害年金証書の 記号番号						
受 取 方 法 (①②いずれか記入)	①在籍中の方 会社へ委任 して下さい	私は本申請に基づく給付金の受領について事業所代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者の氏名									
		②上記以外 振込先を記入 して下さい (任継者は記 入不要。登録 口座へ振込)		銀 行 信金・信組 労金・農協		本店・出張所 支店・営業部		普通・当座			
	口座 番号			(フリガナ) 口座名義		()					

事 業 主 証 明 欄	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	
	上記の 期間中 の分と して支 払う報 酬関係	全額支給した場合、 又は支給する場合	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		日間	
		一部支給した場合、 又は支給する場合	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		の分として 円 (日額 円)	
		現在までも又、 将来も支給しない 場合は、その旨				
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住 所 事業主 名称 代表者 電話 局 () 番					

療 養 を 担 当 し た 医 師 の 意 見	傷 病 名				発病又は 負傷の原因				
	発病又は負傷の年月日		令和 年 月 日		初診日		令和 年 月 日		
	労務不能と認めた期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		日間		診療実日数	日間	
	傷病の主症状および 経過概要								
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住 所 病院名 医師名 電話 局 () 番								

備考欄	
-----	--

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、備考欄へ記載して下さい。
(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。)