

傷病手当金

(延長) 傷病手当金付加金 請求書

事業主提出用

事業主の証明欄	被保険者番号		氏名		
	労務に服しなかった期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間			
	報酬額の証明	待期間 ※初回のみ	令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間		円
		待期間以外	令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間		円
			令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間		円
			令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間		円
			令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間		円
			令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間		円
			令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間		円
			令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間		円
上記のとおりであることを証明する。 令和 年 月 日 住所 事業主					
担当者名		備考欄			

※復職や退職が決まっている場合には、備考欄に予定日を記入してください。

健保記入欄	待期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 待期確認済	
	年金	<input type="checkbox"/> 請求中	<input type="checkbox"/> 障害厚生 <input type="checkbox"/> 障害厚生&基礎 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 資格喪失後の老齢厚生 金額: 円/日 (手当金は合計額)	
		<input type="checkbox"/> 受給中	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間 円	
	支給期間	法定	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間	支給額 円
		付加	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間	
加入期間	<input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満	資格取得日	昭・平・令 年 月 日	
個人払い	<input type="checkbox"/> 入力済 <input type="checkbox"/> チェック済	資格喪失日	令和 年 月 日	