



| | | | |
|------|----------------|----|-------|
| 支給額 | 円 | | |
| 支給期間 | 年 月 日 年 月 日 | | |
| 前始 | 年 月 日 | 始期 | 年 月 日 |
| 回終 | 年 月 日 | 終期 | 年 月 日 |
| 標報月額 | , 0 0 0 円 | | |

| 支給支払決議書 | | | |
|---------|-----|------|----|
| 常務理事 | 事務長 | 事務課長 | 担当 |
| | | | |

| | | | |
|------------|-------|-------|--|
| 資格取得 | 年 月 日 | | |
| 資格喪失 | 年 月 日 | | |
| 傷病手当金の受給期間 | 始期 | 年 月 日 | |
| | 満期 | 年 月 日 | |
| 支給年月日 | 年 月 日 | | |

延長傷病手当付加金請求書 (第 回日)

| | |
|-----|------|
| 事業所 | 事務担当 |
| | |

大日本印刷健康保険組合御中

社員番号

住所

下記の通り請求いたします

被保険者

氏名

印

| | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------|--------------------|-----|------------------------------|-------------------|----------------------|
| 被 保 険 者 の 記 入 欄 | 被保険者証 | 記号 番号 | 所 属 | 会社名 | | |
| | 傷 病 名 | 発病又は負傷の 年 月 日 | | 年 月 日 | 被保険者の 業務の内容 | |
| | 発病の状態又は 負傷の原因を詳しく | | | | 第三者行為に よるものですか | 1. いいえ 2. はい |
| | 障害年金(手当) 受給の有無 | 有・無・請求中 | 年金額 | 円 | 受給傷病名 | |
| | 老齢厚生年金 受給の有無 | 有・無・請求中 | 年金額 | | 受給年月 | 年 月 日から |
| | 労務に服する ことができた期 間 | 年 月 日から 年 月 日まで | 日間 | 左の期間中に給料の支給を 受けた時はその期間と金額 | | 月 日～ 月 日(日) 金額 円 |
| 上記期間中に 入院したとき | 病院名 | 病院所在地 | | | | |
| | 入院期間 | 年 月 日から | | 年 月 日まで 日間 | | |

| | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|--------------------|----------------|------------|--|
| 医 師 の 証 明 書 | 傷 病 名 | 発病又は 負傷の原因 | 左のとおり相違ありません。 | | |
| | 発病又は負傷 の年月日 | 年 月 日 | 療養給付の 開始年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 労務不能と 認められた期間 | 年 月 日から 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 | 入院した期間 | 年 月 日～ | 年 月 日(日間) | 住所 (所在地) 医師 医療 機関名 氏 名 |

印

年 月 日 提出

【記入上の注意事項参照】

| | | | |
|------|--|-----|--|
| 入力番号 | | 点検者 | |
|------|--|-----|--|

注) 2枚目にもご記入願います

延長傷手 1/2

| | | | | | | |
|--|----------------------|--------|----------------------------------|--------------------|----------------------|----|
| 事業主の証明欄 | 労務に服さなかった期間 | 年次有給休暇 | 年 月 日から 年 月 日まで | 日間 | 病休期間中の欠勤控除額 円 | |
| | | 病休 | 年 月 日から 年 月 日まで | 日間 | | |
| | 病休期間中に賃金の一部が支給されている時 | | 年 月 日から 手当月額 円・ | 年 月 日まで 手当月額 円・ | 日間 円 | |
| | 賃金支給形態 | | (1)月給・(2)日給月給・(3)日給・(4)時給・(5)その他 | | | |
| | 賃金月額 | 役割基礎給 | 円 | 管理職手当 | 円 | 手当 |
| 役割習熟給 | | 円 | シフト手当 | 円 | 手当 | 円 |
| 役割成果給 | | 円 | 手当 | 円 | 手当 | 円 |
| 育成介護手当 | | 円 | 手当 | 円 | 手当 | 円 |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 事業主 事業所名称 職氏名 (印) | | | | | | |

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|
| 委任状 | 私は事業主を代理人と定めこの延長傷病手当付加金の受領を委任します。 年 月 日 | | | | |
| | 被保険者氏名 (印) | | | | |
| | 代理人職氏名 (印) | | | | |

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|
| 領収書 | 金 円 也領収いたしました。 年 月 日 大日本印刷健康保険組合理事長殿 | | | | |
| | 代理人職氏名 (印) | | | | |

【記入上の注意事項】

1. 被保険者

- (1) 被保険者の記入欄を記入してから、かかった医師に記入捺印してもらって下さい。
- (2) 委任状の「被保険者氏名」のところにも必ず記入捺印して下さい。

2. 事業所

- (1) 被保険者用に用紙を渡すとき委任状と領収書の代理人職氏名のところに事業主（工場長・事業部長等）の氏名を記入して下さい。
- (2) 被保険者から提出されたら、事業主の記入欄を出勤簿、賃金台帳等から転記して下さい。
- (3) 事業主の記入欄の記入方法
 - ① 労務に服さなかった期間は病休で欠勤した期間（日曜、祭日を含む）を記入して下さい。
 - ② 左記期間の欠勤控除額は病休中に賃金控除された金額を記入して下さい。
 - ③ 病欠欠勤中に有給休暇扱いになっている期間、あるいは賃金が支給されている期間がある場合は「病休期間中に賃金の一部が支給されている時」の欄に記入して下さい。
- (4) 事業主の証明欄・委任状欄・領収書欄に事業主の職氏名を記入の上、職印を捺して下さい。