

延長傷病手当金付加金 申請書 I

みずほ健康保険組合 御中

① 提出日

令和 〇 年 〇 月 〇 日

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） の 記 入 欄	② 被保険者等	記号 〇〇〇〇	番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	③ 氏名	みずほ 太郎	
	④ 生年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日 平成				
	⑤ 住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1				
	電話番号	連絡先(昼間)の電話番号 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇				
	⑥ 事業所名称	株式会社〇〇〇〇〇		⑦ 所属部室店	〇〇〇支店	
	⑧ 具体的な仕事内容 (退職後の申請の場合は退職前の仕事内容)	営業事務				
	⑨ 傷病名	上腕骨骨折			⑩ 発病または 負傷の原因	家で二階へ行こうとした際、階段を踏み外し、 転倒したときに肩を強打し骨折した。 ※第三者の行為による場合は「第三者の行為 による傷病届」の提出が必要です。
	⑪ 療養のために休んだ期間 (申請期間)	令和 5 年 12 月 1 日 から		日数	31 日間	
		令和 5 年 12 月 31 日 まで				
	⑫ 年金を受給していますか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ 請求中		「はい」または「請求中」と答えた場合、 ⑫-1をご記入ください。		
⑫-1 基礎年金番号等 障害年金、障害手当金の場合 は受給の要因となった(なる)傷 病名をご記入ください。 〔「請求中」と答えた場合は、 基礎年金番号・傷病名を ご記入ください。〕	種別	<input checked="" type="radio"/> 障害年金 障害手当金 老齢年金 退職を事由とする公的年金				
	基礎年金番号	2015-352879		年金コード	6350	
	支給開始 年月日	昭和 平成 60 年 4 月 9 日 令和		年金額 (年額)	780,100 円	
	傷病名	気管支喘息				
⑬ 労災保険から休業補償給付を 受けていますか。(又は、過去 に受けたことがありますか。)	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ 請求中		※ 労災保険受給の場合は傷病手当金等は 支給対象外です。			

※ 年金を受給している場合は初回の申請時及び変更が生じた都度、年金証書(写)及び直近の年金振込通知書(写)又は年金額改定通知書(写)等 また、労災保険から休業補償給付を受給している場合は休業補償給付支給決定通知書(写)等を添付してください。

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） の 記 入 欄	⑭ 照会等の同意	<p>私は、健康保険法に基づく私に対する本給付の支給可否決定に関する調査のため、みずほ健康保険組合が必要とする事項(私の個人情報を含む)について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所及び傷病に関わった団体等に対してみずほ健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受け、情報提供をすることについて同意致します。また、上記照会を行うにあたり、みずほ健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承致します。なお、本書の写しも有効と致します。</p> <p>みずほ健康保険組合 理事長 様</p> <p>令和 〇 年 〇 月 〇 日 被保険者署名 みずほ 太郎</p>
		<p>支給決定を行うにあたり健康保険法に基づいた審査を行う場合があります。申請からお支払いまでには数ヶ月かかることがありますので予めご了承ください。</p>

被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
(マイナンバーを記入した場合は、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。)

※被保険者等記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です。

備考欄

傷病手当金・同付加金
延長傷病手当金付加金 申請書 II

傷病名		患者氏名	
発病または負傷の年月日	平成 年 月 日	療養の給付開始年月日(初診日)	平成 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	日数	日間
左記期間中の診療実日数 日間			
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等 (詳しくご記入ください。)			
療養を担当した主治医に証明を受けてください。			
症状経過からみて従来職種について労務不能と認められた医学的な所見			
就労見込み	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から就労可能		<input type="checkbox"/> 今のところ不明
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医療機関の電話番号 医師の氏名			
※ 訂正箇所には訂正印を押印願います ※ 証明日以前の期間を証明願います			

⑮ 被保険者等	記号	番号	⑯ 被保険者氏名
⑰ 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	日数	日間
⑱ 上記⑰の期間に対して、報酬を支払いました(支払います)か	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑲ 給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給
⑳ 賃金計算		締日	日
		支払日	<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 日
㉑ 上記⑰の期間を含む報酬の支給状況をご記入ください。			
有給(全額支給)	支給期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日数 日間
基本給(一部支給)	支給期間	令和 年 月 日 から	円
通勤手当 払戻 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	支給期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	金額 円
払戻年月 令和 年 月	払戻期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	金額 円
通勤手当 払戻 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	支給期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	金額 円
払戻年月 令和 年 月	払戻期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	金額 円
その他手当(家賃補給金等) ()	支給期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	金額 円
払戻 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	払戻期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	金額 円
払戻年月 令和 年 月			
㉒ 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所の所在地 名称 事業主又は代理人氏名			担当者氏名
			連絡先
※ 訂正箇所には訂正印(事業主印)を押印願います			