



決裁日付印

同年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当	担当	被扶養者 台帳照合印
支払年月日	令和 年 月 日					
支払額	拾万 万 千 百 拾 円					
款 項 目	日額	日数	拾万 万 千 百 拾 円	資格	得 年 月 日	前 年 月 日
支 給	付 加	60			喪 年 月 日	回 終 年 月 日
支 給	付 加	100			決定標準報酬	
決 議 書	付 加	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	(日間)		(月額) 千円	(日額) 円

85

延長傷病手当金付加金請求書

(第 回)

被 保 険 者 が 記 入	被保険者証の 記号と番号	—	被保険者の 氏名と押印	印		
	被保険者の現住所					
	事業所の名称		被保険者の 標準報酬月額	千円		
	被保険者の 資格取得日	昭和 平成 年 月 日 令和	被保険者の 業務の種別			
	発病または 負傷の年月日	年 月 日	傷 病 名			
	傷病手当金の 支給期間	年 月 日 ~	年 月 日まで	カ月間		
	労務に服さな かった期間	年 月 日 ~	年 月 日まで	日間		
事 業 主 が 記 入	下記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日					
	事業主	住 所 (所在地) 氏 名 (名称及び代表者名)	印			
療 養 を 担 当 し た 医 師 の 意 見	傷 病 名		傷病が結核性で あるか否か	結核性 ・ 非結核性		
	発病または 負傷の原因					
	発病または 負傷の年月日	年 月 日頃	療養の給付を 開始した年月日	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	左の期間中の 診療実日数		
	傷病の主状態 及び経過概要					
		うえのとおり相違ありません。 令和 年 月 日				
委 任 状	私は _____ を代理人と定め延長傷病手当金付加金、金 _____ 円也の受領を委任します。					
	令和 年 月 日	住 所 氏 名	印			
事 業 所 担 当 者 印	領 収 書	金 _____ 円也領収いたしました。				
		北越コーポレーション健康保険組合理事長 殿 令和 年 月 日 氏 名 _____ 印	受付日付印			

<R1.5月改訂>