

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 喪	年 月 日	前 回	始 終
支 給 決 議 書	付 加	60 — 100	円	日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
支 給 決 議 書	付 加	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	(日間)	決定標準報酬 (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	北越 太郎 (印)		
	被保険者の現住所	東京都 板橋区 ●●町 ×× — × — ×××				
	事業所の名称	北越●●●●株式会社	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	平成 29 年 3 月 1 日	傷 病 名	●●●●●		
	傷病手当金の 受 給 期 間	平成 29 年 11 月 1 日 ~ 令和 1 年 5 月 31 日まで 18 カ月間				
	労務に服さな かった期間	令和 1 年 6 月 1 日 ~ 令和 1 年 6 月 30 日まで 30 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	医師の証明が必要です				
	うえのとおり相違ありません。 令和 年 月 日					
	医 師	住 所 氏 名 電 話	印			
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 東京都 板橋区 ●●町 ×× — × — ×××	氏 名 北越 太郎	(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					

事業所
担当者印

受付日付印

<R1.5月改訂>