

健康保険

延長傷病手当付加金 請求書

(第 3 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る	①被保険者証の記号・番号	記号： 1 番号： 12345	②被保険者の氏名	健保 重久		
	③被保険者の住所※支給決定通知書の送付、及び書類不備の際に使用します	〒460-0012 名古屋市中区千代田二丁目15番18号				
	④日中連絡の取れる電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	052-***-****			
	⑤被保険者の勤務する又は勤務していた会社名	日本電話施設株式会社				
	⑥傷病名	脳梗塞	⑦発病または負傷の年月日	平成19年 9月 4日		
事 業 主 が 証 明	⑧発病の状態または負傷の原因	*****にて発症				
	⑨傷病の療養をするために休んだ期間	平成 20年 1月 12日 平成 21年 2月 11日	まで	(31) 日間	期間の指定はないが給与の補填になるので長期の場合は1ヶ月単位で提出してください	
	⑩交通事故など、第三者の行為によって負傷したものですか？	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				
⑪厚生年金保険の障害年金（手当金）を受給していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ					
医 師 が 意 見 を 書 く	⑫労務に服さなかった期間	左記のとおり相違ないことを証明します。 平成20年 2月 13日 事業所 所在地： 名 称： 事業主 氏名： 電話番号：				
	平成20年1月12日 から 平成20年2月11日 まで (31) 日間					
医 師 が 意 見 を 書 く	⑬患者の氏名	健保 重久	⑭傷病名	脳梗塞		
	⑮発病又は負傷の原因	*****にて発症				
	⑯発病又は負傷の年月日	平成19年 9月 4日	⑰療養の給付を開始した年月日	平成19年 9月 5日		
	⑱労務不能と認めた期間	平成20年 1月 12日から 平成20年 2月 11日まで	(31) 日間	⑲左の期間中の診療実日数	(5) 日間	
	⑳傷病の主状態及び経過状況（労務不能と認めた理由を詳しく記入してください）	左半身麻痺、大脳機能低下の為就労不能と認める				
上記のとおり相違ありません。平成 20年 2月 12日 医療機関 所在地：大阪市浪速区***** 名 称：浪速大学付属病院 医師の氏名：財前 五郎 電話番号： 06 (789) 31**						

[注意事項]

1. 印鑑は認印可。シャチハタ・日付印は不可です。
2. 訂正した場合は、必ず訂正印を押してください。
3. 提出された請求書については、返却・写しの送付等は一切致しません。（書類不備の場合を除く）

受 付 日