

常務理事			係

傷病手当金付加金請求書

被保険者証の 記号・番号	・	事業所 の名称	
労務に服することの できなかった期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	
令和 年 月 日 申請 被保険者の 住所：〒 — 住所・氏名 電話 — — 氏名：			
事業主 の証明	上記期間は傷病手当金 請求書記載の（医師、歯科 医師等）の意見書の通り であることを証明する。	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	

※ 健保記入欄

支給 日数	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	日額 円 × 1 / 30 = 円 円 × 日 = 円 (100 円未満切捨)
支給 金額	円	傷病手当金 残 日 数	総支給日数 支給済日数 残日数 日 — 日 = 日

決裁日	受付日
-----	-----