

# 延長傷病手当金付加金請求書

(第 回)

被保険者が記入するところ	被保険者証の 記号と番号	000 ----- 0000	被保険者の 氏名	三菱 太郎			
	被保険者の 現住所	〇〇県〇〇市〇〇町 1-1					
	事業所名称	〇〇〇株式会社				被保険者の 標準報酬	〇〇 級
	傷病名	肝炎		労務に服する事が 出来なかった期間	平成 令和	〇年 〇月 〇日	〇日
	病院名	〇〇〇〇病院		住所	〇〇県〇〇市〇〇町 2		
入院期間		平成 令和	〇年 〇月 〇日	から	平成 令和	〇年 〇月 〇日	まで 〇日間
事業主が記入する ところ	労務に服しな かった期間に 対する事業主 の証明	平成 令和 年 月 日から 平成 令和 年 月 日まで 日間 住所 事業主 氏名					
医師の記入するところ	傷病名						
	労務不能と 認められた 期間	平成 令和	年 月 日	日間	診療 実日数	日間	
	傷病の主症状 及び経過概要						
	入院期間	平成 令和	年 月 日	から	平成 令和	年 月 日	まで 日間
		平成 令和 年 月 日 住所 医師 氏名					
委任状	上記のとおり申請し、 を代理人と定め、次の権限を委任する。 〇年 〇月 〇日 千 被保険者の 住所 〇〇県〇〇市〇〇町 1-1 氏名 三菱 太郎 代理人の 住所 氏名						

三菱地所健康保険組合理事長 殿