

受付年月日	年 月 日	決 裁			
伺 年 月 日	年 月 日				台帳照合印
決 裁 年 月 日	年 月 日				
※支給 支払決議書	支給額	円			
	延長傷病手当金付加金	円			
	支給開始	年 月 日			
	支給期間	自 年 月 日 日 間			
	前回	始	年 月 日		
		終	年 月 日		
		資格取得	年 月 日		
		資格喪失	年 月 日		
		標準報酬日額	円		
		障害年金額・日額障害手当金額	円(日額) 円		
		老齢(退職)年金額	円(日額) 円		
		全部・一部 不支給	期 間	年 月 日から 日 間 年 月 日まで 円	
			理 由		
		備 考			

延長傷病手当金付加金請求書 (第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号				② 被保険者の 業務の種別					
	③ 事業所の名称 及び所在地	名 称				④ 所 在 地				
	⑤ 資格を取得 した年月日	年 月 日								
	⑥ 介護保険のサー ビスを受けたとき	保険者 番 号			被保険者 番 号			保険者 名 称		
	⑦ 発病又は負傷 の年月日	年 月 日			⑧ 傷 病 名					
	⑨ 発 病 又 は 負 傷 の 原 因							⑩ 第三者行為によるものですか	いいえ・はい	
	⑪ 労務に服することが できなかった期間	年 月 日 から			年 月 日 まで			日間		
	⑫ 上記期間の報酬の全部 又は一部を受けた とき、又は受ける ことができるときは、 その報酬額及び期間	年 月 日 から			年 月 日 まで			日間		
		受けた報酬額			受けることができる報酬額			円 円		
	⑬ 障害年金、障害手 当金を受けている とき、又は受ける ことができるとき	⑦ 年金の種類	障害年金・障害手当金	① 年金額			⑨ 年金の支給 事由となっ た傷病名			
		⑫ 年金を受ける こととなった 年 月 日	年 月 日		⑭ 障害年金を受けて いる場合は基礎年金 番号・年金コード					
	任 意 資 格 喪 失 者 の 方	⑦ 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか						はい・請求中・いいえ		
		① 老 齢 (退 職) 年 金 の 名 称	⑨ 基 礎 年 金 番 号 及 び 年 金 コード 又 は 記 号 番 号 若 し く は 番 号	⑫ 受 給 年 月 日		⑬ 年 金 額				
				年 月 日		円				
			年 月 日		円					
	⑭ 年 金 の 合 計 額						円			
⑮ 振 込 希 望 の 金 融 機 関 の 名	銀行・金庫・信組				店・本店 支店・出張所					
	普通 当座	口座番号			フリガナ 口座名義					
⑯	上記のとおり申請します。						年 月 日			
	住所 〒 被保険者の 氏名									
	日本飛行機健康保険組合理事長 殿						被保険者個人番号 (被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)			

事業主が証明するところ	⑰ 労務に服さな かった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	⑱ 上記の 期間中 の分として支 払う報 酬関係	⑰ 全額支給した 場合、又は支 給する場合	年 月 日から 年 月 日まで の分として 金 円 (日額) (月 日支払) (金 円)
		⑱ 一部支給した 場合、又は支 給する場合	年 月 日から 年 月 日まで の分として 金 円 (日額) (月 日支払) (金 円)
		⑲ 現在までも 又、将来も支 給しない場合 は、その旨	
	⑲ 上記のとおり相違ないことを証明します。	年 月 日	
	住所 〒 事業主 氏名	電話 ()	

療養を担当した医師が意見を 書くところ	⑳ 傷病名			㉑ 発病又は負傷の原因		
	㉒ 発病又は負傷 の年月日	年 月 日		㉓ 療養の給付を開始した 年月日	年 月 日	
	㉔ 労務不能と 認めた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	㉕ 診療実日数		日間
	㉖ 傷病の主症状 及び経過概要					
		人工透析を実施 又は人工臓器を 装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	昭和・平成	年 月 日	
			人工臓器等 の種類	ア.人工肛門 イ.人工関節 オ.人工透析 カ.その他 ()	ウ.人工骨頭 エ.心臓ペースメーカー	
㉗ 上記の期間中に入院 をした期間がある 場合はその期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	入院費用の別	健自保公費 費 費 費 他		
㉘ 上記のとおり相違ありません。	医療機関の名称		医療機関の所在地 〒		医師の氏名	電話 ()

委任状	⑲ 私は、	を代理人と定め、次の権限を委任する。	
	年 月 日請求した傷病手当金・傷病手当付加金のうち 金 円也の受領に関すること。	年 月 日	
	住所 〒 被保険者の 氏名	住所 〒 代理人の 氏名	委任者と代理人との関係
⑳ 振込希望の 金融機関名	銀行・金庫・信組		店・本店 支店・出張所
	普通 当座	口座番号	フリガナ 口座名義

領収書	㉑ 金 円也但し うえの金額を領収いたしました。
	日本飛行機健康保険組合理事長 殿
	住所 〒 受領者 氏名