

# 支給決定伺

年金の有無		有		無					
		金額 (円)				日 額 (円)			
支給額合計									
※ 支給 支払 決議 書	支給 内訳	付加金 21/30	(1)						
			(2)						
			計						
	老 齡 年 金 額								
	障 害 年 金 額								
	障 害 手 当 金 額								
	療 養 開 始 日	平成・令和 年 月 日							
	支 給 開 始 日	平成・令和 年 月 日							
	期 間 満 了 日	平成・令和 年 月 日							
	支 給 期 間	自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日 日間							
決 裁		常務理事	事務長	課 長	担 当 者				
資 格 取 得	昭和・平成・令和 年 月 日								
資 格 喪 失	平成・令和 年 月 日								
標 準 報 酬 月 額	千円 (第 級)								
	千円 (第 級)								
全 部 ・一部	期 間	平成・令和 年 月 日から 日間							
		平成・令和 年 月 日まで 円							
不支給	理 由								
待 期	日分差引								
備 考									

## 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・番号	記号	番号	事業所	名称		
	被保険者の 業務の種類				所属		
	資格を取得した 年月日	昭和 平成 年 月 日 令和		傷 病 名			
	発病又は負傷 の年月日	昭和 平成 年 月 日 令和		発病又は 負傷の原因			
	第三者行為による傷病ですか	はい ⇒ 「第三者の行為による傷病届」を提出、いいえ					
	労務に服する事ができなかった期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間					
	上記期間中における有給休暇期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間					
	障害年金、障害手当金、 老齢年金を受けている とき又は受けることが できるとき	年 金 の種別	障害年金・障害手当金・老齢年金		年金額	年金の支給事由 となった傷病名	
		年金を受けること となった年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	年金を受けている場合 は年金証書の記号番号			
	銀行 支店 [普通口座No. ]						
上記の通り請求いたします。 令和 年 月 日							
被保険者 〒 住 所 _____ TEL _____ フリガナ 氏 名 _____ 生年月日 昭和 年 月 日 (才) 平成							
沖電気工業健康保険組合理事長 殿							

延長傷病手当金付加金は給与補償であるため、申請可能の日数は基本を1ヶ月とし、2ヶ月を限度といたします。

事業主が証明するところ	出勤状況（出勤：○、欠勤：×、有給：有、休日：休 をそれぞれ記入してください）																															
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	上記期間中の分として支払う報酬関係	労務に服さなかった期間	平成・令和 年 月 日から										日 間																			
		全額支給した場合、又は支給する場合	平成・令和 年 月 日まで										日 間																			
		現在までもまた将来も支給しない場合はその旨																														
		休職年月日	年 月 日										復職・退職 年月日(○で囲んで下さい)										年 月 日									
	上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日																														
		住所 事業主 氏名																														

延長傷病手当金付加金は給与補償であるため、申請可能の日数は基本を1ヶ月とし、2ヶ月を限度といたします。

療養を担当した医師が意見を書くところ	患者氏名																																
	傷病名	(1)	療養の給付開始年月日										(1) 平成・令和 年 月 日																				
		(2)	発病または負傷の原因										(2) 平成・令和 年 月 日																				
	発病または負傷の年月日	平成・令和 年 月 日										発病または負傷の原因																					
	労務不能と認められた期間	平成・令和 年 月 日										発病または負傷の原因																					
	診療実日数	日										入院の場合はその期間																					
	さいで診療日を下○	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	労務不能と認められた期間における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）																																
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																	
上記のとおり相違ありません。	令和 年 月 日										医療機関所在地										医療機関の名称												
	医師の氏名																																
	電話番号 ( )																																