

課長	担当	台帳

健保組合
受付印

延長傷病手当金付加金 受給届

島津製作所健康保険組合理事長殿

延長傷病手当金付加金の支給申請にあたり、現在の状況を届出します。

令和 年 月 日

被保険者証
記号一番号 _____ - _____

被保険者名 _____ ㊞

傷病名 (全て記入)		
現在治療を受けている 医療機関について	医療機関名	
	担当医師名	
診察開始日		年 月 日
現在の症状 (詳しく記入)		
医師より療養するうえで どのような指示を受けていますか		
障害年金等※1を受給していますか	はい ↓ 円/年	請求中 ↓ 年 月請求 いいえ

《 退職者のみ記入 》

老齢年金等※2を受給していますか	はい	いいえ
雇用保険の基本手当を受給していますか	はい	いいえ
雇用保険の傷病手当を受給していますか	はい	いいえ
雇用保険の手当等を受給していない場合、 受給期限の延長手続きをしていますか	はい	いいえ

※1 障害年金等…障害基礎年金、障害厚生年金、障害手当金等

※2 老齢年金等…老齢基礎年金、老齢厚生年金、在職老齢年金等

- (注) *
- この届は、初回の延長傷病手当金付加金申請時に、「延長傷病手当金付加金申請に伴う状況報告書」とともに「延長傷病手当金支給申請書」に添付して提出してください。
 - 傷病手当金・延長傷病手当金付加金の受給期間中に、年金等の受給資格が発生した場合や金額が改定された場合、雇用保険からの給付があった場合は、すみやかに当組合へご連絡下さい。

延長傷病手当金付加金申請に伴う 状況報告書

島津製作所健康保険組合理事長殿

下記の患者の症状等は次のとおりです。

令和 年 月 日

住 所 _____

医療機関名 _____

医 師 名 _____ (印)

患者氏名	
生年月日	年 月 日
労務不能の傷病名	
初診からの経過状況 及び 現在の症状	
服薬状況	服薬あり 服薬なし ↓ 理由
就労見込状況	
通院の状況	入院 日/月 位 通院 日/月 位
その他付言すべきこと	

(注) * 療養担当医師が楷書でわかりやすくご記入ください。

同意書

私は、（ 傷病名 _____ ）により、傷病手当金・傷病手当金付加金・延長傷病手当金付加金を受給していますが、障害厚生（基礎）年金の給付が決定した場合は、その旨を「年金決定通知書（写）」及び「年金支払通知書（写）」を以って島津製作所健康保険組合に届出します。

また、先に受給した傷病手当金・傷病手当金付加金・延長傷病手当金付加金の全部または一部を返納することに同意します。

年 月 日

島津製作所健康保険組合理事長 殿

住所 _____

氏名 _____ (印)