下記決定にもとづき次のとおり支給額を決定いたしたい。	常務理事	事務長	関係者	担当者

決　裁	年　月　日	標準報酬月額	（千円）

健保算定欄					
	資格取得	年　月　日	資格喪失	年　月　日	不支給期間　年　月　日～　年　月　日
	任意継続資格取得	年　月　日	任意継続資格喪失	年　月　日	計算欄（日額￥　）
	支給金額	￥			
	支給開始日	年　月　日			
	支給期間	年　月　日～　年　月　日　日間			
	入院期間	年　月　日～　年　月　日　日間			

傷病手当金支給申請書　（第　回目）

東北電力健康保険組合理事長　殿

年　月　日

下記により申請いたします。

□この届出は被保険者が内容を確認し作成しています

申請者記入欄				
店　所	被保険者名	記号番号	生年月日	
			年　月　日	
療養のため休業した期間	年　月　日～　年　月　日　日間			
住　所	〒　TEL			
発病又は負傷の年月日	年　月　日	傷病名		
発病又は負傷の原因				
年金の有無	1．受けている　2．申請中　3．受けていない			
年金の種別	年間受給額	受給開始年月日	年金コードまたは記号番号	
障害／老齢	￥	年　月　日		

事業主記入欄	
労務に服さなかった期間	年　月　日～　年　月　日　日間
賃金支払い期間	年　月　日～　年　月　日
支払額	￥

上記のとおり相違ないことを証明します。　年　月　日

事業主名称、所在地　TEL

代表者氏名

医師記入欄				
傷病名		療養の給付開始年月日	年　月　日	
発病又は負傷の年月日	年　月　日	発病又は負傷の原因		
労務不能と認めた期間	年　月　日～　年　月　日　日間	診療実日数　日間		
上記の期間における入院期間	年　月　日～　年　月　日　日間			
傷病の主症状および経過概要				

上記のとおり相違ありません。　年　月　日

保健医療機関の名称、所在地　TEL

医師氏名

1．同一の疾病又は負傷及びこれによって発した疾病により、障害年金、障害手当金を請求中または受給中の方は、年金証書の写し、支給開始並びに直近の額を証する書類を添付して下さい。
2．傷病が第三者の行為によるものであるときは、「第三者行為による傷病届」を、この請求書に添付して下さい。
3．傷病の主症状および経過概要はなるべく詳しく記載して下さい。

東北電力健康保険組合