

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	労務に服さなかつた期間	年 月 日～年 月 日 日間		
	上記期間で賃金支払い期間とその額	年 月 日～年 月 日 ¥		
	休業期間中賃金支払いの有無	1. 支払う予定 2. 支払わない		
	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。