

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。					<input type="checkbox"/> 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			被保険者証記号番号			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							
	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。