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

記入例

色のついている欄にもれなく記入してください
年金を受給している方は，年金の種別等も記入ください

健保算定欄

入院期間　年　月　日～　年　月　日　日間

傷病手当金支給申請書　（第 XX 回目）

** 年 ** 月 ** 日

東北電力

チェックをお忘れなく！

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
	電力　太郎	X X X X X X X	** 年 ** 月 ** 日
療養のため休業した期間	** 年 ** 月 ** 日 ～ ** 年 ** 月 ** 日		** 日間
住　所	〒 XXX-XXXX　〇〇市〇〇町〇-〇-〇		TEL XXX-XXX-XXXX
発病又は負傷の年月日	** 年 ** 月 ** 日	傷病名	XXXXXXXXXXXX
発病又は負傷の原因	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
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

日間

日

勤務先から証明をいただいてください
※退職後の継続給付の場合は，初回のみ
証明いただいてください

医師記入欄

傷病名

療養の給付開始年月日　年　月　日

かかりつけの先生から証明をいただいてください

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