

				常務理事	事務長	関係者	担当者		
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。									
健康 算定 欄	<b>記入例</b>							(円)	
	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							日	
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)					
東北電力				<b>チェックをお忘れなく!</b>				** 年 ** 月 ** 日	
下記により申請いたします。				<input checked="" 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					
		電力 太郎	X 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 ○○市○○町○-○-○					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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX							
	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	勤務に服さなかつた期間				年 月 日 ~ 年 月 日 日間				
	<b>勤務先から証明をいただいでください</b> <b>※退職後の継続給付の場合は、初回のみ</b> <b>証明いただいでください</b>								
医師 記入 欄	傷病名	療養の給付開始年月日						年 月 日	
	<b>かかりつけの先生から証明をいただいでください</b>								
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。