退職者用
（⑫欄の申請期間が退職日の翌日以降の申請書）

※記載内容を訂正（書き損じ等）した場合※
訂正箇所に二重線を引き、**被保険者（申請者）のサインまたは押印**をお願いします。修正液等は使用しないでください。

支給額					円

法第104条

◎⑫欄の申請期間に在職中の期間を含む申請の場合は、この様式を使用しないでください。

健康保険　傷病手当金　支給申請書　（第　　回目）

（被保険者記入用）

被保険者（申請者）情報

① 被保険者等記号・番号	記号　　番号	記号・番号がわからない場合はマイナンバーをご記入ください。
② 氏名	（フリガナ）	③ 被保険者の生年月日　昭和 平成　年　月　日
④ 住所	〒　－　都・道 府・県	⑤ 電話番号（日中の連絡先）（　　）
⑥ 勤めていた事業所の名称		

加入状況の申告

⑦ 現在加入している健康保険（該当のものに✔）	☐ 国民健康保険　☐ 任意継続被保険者　☐ 家族の扶養 ☐ 勤務先の健康保険　☐ その他（　　）

申請内容

⑧ 主傷病名		⑨ 発病または負傷年月日（不詳の場合は✔）　平成 令和　年　月　日 ☐ 不詳
⑩ 発病時の状況またはケガの原因（詳しくご記入ください）	注：仕事中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、健保組合と勤務先にご連絡ください。	
⑪ 仕事の内容（具体的に）		退職前の業務内容をご記入ください。
⑫ 療養のため休んだ期間（申請期間）	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで	
⑬ 障害厚生年金または障害手当金を受給していますか。	☐ はい ☐ 請求中 ☐ 請求予定 ☐ いいえ	「はい」、「請求中」または「請求予定」の場合、右欄（のわかる項目）をご記入ください。 傷病名　年金の種類　☐ 障害厚生年金　☐ 障害手当金 支給開始（改定）年月日　年　月　日 基礎年金番号： 年金コード：　年金額　円
⑭ 労災保険から休業補償を受けていますか。	☐ はい ☐ 請求中 ☐ いいえ	「はい」「請求中」の場合、請求先の労働基準監督署　労働基準監督署

◎振込先には②欄の被保険者（申請者）の口座をご記入ください。

振込先

公金受取口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は✓、利用しない場合は下記の欄を記入）		
金融機関名称	銀行コード 支店コード	銀行・金庫・信組 農協・その他（　　） 支店・本店・出張所 その他（　　）	預金種別　普通・当座・その他（　　） 口座番号
口座名義（カタカナで記入）	※アルファベット登録の方はアルファベットでご記入ください。		口座名義区分　☐ 被保険者（申請者）

注：この申請書は2枚1セットです。2枚目の「被保険者記入用／医師等記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

退職者用　**健康保険 傷病手当金 支給申請書**（被保険者記入用／医師等記入用）　東京都電機健康保険組合

※　申告欄の記載内容を訂正した場合は、訂正箇所に**被保険者（申請者）のサインまたは押印**をお願いいたします。

申告欄

㋐ 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。	□ はい □ 請求中 □ いいえ	「はい」「請求中」の場合、年金の名称と支給開始年月日、基礎年金番号等	年金の名称 支給開始（改定）年月日　年　月　日 基礎年金番号： 年金コード：　年金額　円
㋑ 雇用保険の失業給付の受給の申請はしていますか。 どれか1つに✔を入れてください。	□ 申請をしている	「申請をしている」の場合、ハローワークに求職の申し込みを行った日	令和　年　月　日
		※「申請をしている」の場合の添付書類：**雇用保険受給資格者証の写し**をご提出ください。	
	□ まだしていないが、すぐにでも受給の申請をする予定である		
	□ 受給期間の延長をハローワークにて手続きをしている、またはする予定である		
	□ 雇用保険から失業手当（基本手当）を受給する予定がないため、申請をしていない		
	□ 病気療養中のため、申請をしていない		
	□ 離職票の交付がないため、申請をしていない		
	□ その他の申請をしていない理由（　　）		
㋒ 署名欄	令和　年　月　日 氏名		

【療養を担当した医師の方へのお願い】

・記載内容を訂正した場合は、訂正箇所に**ご担当医のサインまたは押印**をお願いいたします。

・下記「※1　Ⓛ証明日」は、「Ⓔ労務不能と認めた期間」の末日以降の日付をご記入ください。

医師等が意見を記入するところ

Ⓐ 患者氏名			
Ⓑ 主傷病名（労務不能と認めた主傷病）		Ⓒ 療養の給付開始年月日（初診日）	平成 令和　年　月　日
Ⓓ 発病または負傷年月日	平成 令和　年　月　日　□発病　□負傷	Ⓖ 発病または負傷の原因	
Ⓔ 労務不能と認めた期間 ※1	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで		
Ⓕ うち入院期間	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで	Ⓗ 転　帰	□ 治癒　□ 中止　□ 継続　□ 転医

Ⓘ 主たる症状及び経過（できる限り詳しくご記入ください。）

この期間の傷病状態	
この期間の治療状況	
前月の症状との比較	

Ⓙ　症状経過からみて、従来の職種について労務不能と認められた医学的所見

Ⓚ　人工透析を実施または人工臓器を装着したとき

人工透析の実施日または人工臓器を装着した日

平成 令和　年　月　日

人工臓器等の種類

□ 人工肛門　□ 人工関節　□ 人工骨頭
□ 心臓ペースメーカー　□ 人工透析
□ その他（　　）

記載内容について相違ありません。　Ⓛ令和　年　月　日 ※1

Ⓜ所在地

Ⓝ医療機関名

Ⓞ医師氏名

電話番号　（　　）