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　5　回目）　（被保険者記入用）

被保険者（申請者）情報	❶ ① 被保険者等記号・番号	記号　9876　番号　54321	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 ❷ 氏名	（フリガナ）ケンポ　タロウ 健保　太郎	③ 被保険者の生年月日　昭和・平成（○）　××年×月×日
	④ 住所	〒113－0000　東京　都・道・府・県（○）　文京区○○　×－×－×	⑤ 電話番号（日中の連絡先）　××（××××）××××
	⑥ 勤めていた事業所の名称	株式会社　□□□□	
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	虫垂炎	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 ❸ 発病時の状況またはケガの原因（詳しくご記入ください）	×月×日朝6時頃、自宅で出勤の準備をしていた時、急にお腹が痛くなり、受診したところ、虫垂炎と診断された。 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）	店舗における接客（販売、レジ等）	退職前の業務内容をご記入ください。
	⑫ ❹ 療養のため休んだ期間（申請期間）	令和　6　年　3　月　1　日　から　令和　6　年　3　月　31　日　まで	
	⑬ ❺ 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　慢性腎不全　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　令和　5　年　4　月　1　日 基礎年金番号：1234-123456　年金コード：1350　年金額　2,037,221　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 1 2 3 4　○○○○　銀行・金庫・信組・農協・その他（　） 支店コード 9 8 7　△△△△　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　1 2 3 4 5 6 7
	口座名義（カタカナで記入）	ケンポ　タロウ ※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」も必ず提出ください。　受付日付印

東京都電機健康保険組合　(R6.12)

注）この様式は⑫欄の申請期間が退職日の翌日以降の申請の場合にご使用ください。在職中の期間と退職日の翌日以降の期間を含めて申請する場合は、当組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。

① 退職日の翌日以降の期間について申請する場合

例１）申請期間：令和6年４月１日から令和6年４月３０日
　　退職日　：令和6年３月３１日　⇒「傷病手当金支給申請書（退職者用）」を使用

② 在職中の期間について申請する場合

例２）申請日　：令和6年４月１５日
　　申請期間：令和6年１月１日から令和6年１月３１日
　　退職日　：令和6年３月３１日　⇒「傷病手当金支給申請書（在職者用）」を使用

❶ 被保険者等記号・番号は、当組合に加入されていた当時の記号と番号（任意継続の方は記号は"9000"、番号は５桁の数字）をご記入ください。「マイナポータルの資格情報画面」、「資格情報のお知らせ」、「資格確認書」で確認できます。わからない場合は、マイナンバーをご記入ください。

❷ ［被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合］
・②欄に被保険者氏名を記入し、右側のスペースに申請者の氏名をご記入ください。
・④欄には申請者の住所を、振込先には申請者の口座をご記入ください。
　※申請者が被扶養者でない場合は、戸籍謄本（原本）等の添付が必要となります。
　※振込先は、公金受取口座利用のチェック欄は使用せず、口座情報をご記入ください。

❸ いつ（○年○月○日○時頃）、どこで、何をしているときに、どのように、どうなった、とわかる範囲で詳しくご記入ください。

❹ ・申請期間をご記入ください。
・ご記入いただいた申請期間に対応する期間について、申請書２枚目に「医師等の意見」の記載をいただいてください。
※医師の意見書等が外国語の場合は、翻訳者の住所・氏名・電話番号を明記した翻訳書をご添付ください。

❺ 障害厚生年金（障害手当金）の受給（請求）の状況をご記入ください。
同一の傷病で障害厚生年金（障害手当金）を受給している場合は、傷病手当金は支給されません。ただし、傷病手当金の額が障害厚生年金（障害手当金）の額よりも多いときは、年金等の額との差額が支給されます。
遡って年金の受給開始や年金額改定があった場合は、支給が重複する期間の傷病手当金をご返金いただきます。

添付書類

※審査の内容によっては、下記以外の添付書類の提出をお願いする場合があります。

以下の項目に該当しない場合	添付書類なし
以下の項目に該当する場合は、下記の書類をご添付ください。	
障害厚生年金または障害手当金を受給している場合	① 障害年金証書（写し）、または障害手当金決定通知書（写し） ・傷病手当金の初回の申請時または年金の支給が決定されたときにご添付ください。 ② 直近の支給額を証明する書類（年金振込通知書（写し）等） ・年金額に変更があった場合は年金額改定通知書（写し）を申請書にご添付ください。
労災保険から休業補償を受けている場合	○休業補償給付支給決定通知書（写し） ・傷病手当金の初回の申請時または労災保険から支給決定通知書が届いたときにご添付ください。
老齢または退職を事由とする公的年金を受給している場合	① 老齢年金証書（写し） ・傷病手当金の初回の申請時または年金の支給が決定されたときにご添付ください。 ② 直近の支給額を証明する書類（年金振込通知書（写し）等） ・年金額に変更があった場合は年金額改定通知書（写し）を申請書にご添付ください。
雇用保険から失業給付を受給している場合	○雇用保険受給資格者証（写し）

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。

※　提出先住所　〒113-8566 東京都文京区湯島3-15-4　　東京都電機健康保険組合　保険給付課

記入例｜傷病手当金支給申請書（退職者用） 申告欄

東京都電機健康保険組合 ｜保険給付課 03-3834-7214

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**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 ❻ 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、年金の名称や支給開始年月日、基礎年金番号等	年金の名称 老齢厚生年金 支給開始(改定)年月日 令和 5 年 4 月 1 日 基礎年金番号:0123-123456 年金コード:1150 年金額 1,000,000 円	
㋑ ❼ 雇用保険の失業給付の受給の申請はしていますか。 ❽ 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 ❾ 署名欄	令和 × 年 × 月 × 日	氏名 健保 太郎		

❻ 「はい」「請求中」の場合、年金の名称や支給開始年月日、基礎年金番号等をご記入ください。
退職後に老齢(退職)年金を受給できる場合は、傷病手当金は支給されません。ただし、傷病手当金の額が老齢(退職)年金の額よりも多いときは、年金の額との差額が支給されます。
遡って年金の受給開始や年金額改定があった場合は、支給が重複する期間の傷病手当金をご返金いただきます。

❼ 雇用保険の失業給付（基本手当）の受給の申請をしているかについてご回答ください。
※雇用保険に関する問い合わせは、申請者の住所地を管轄するハローワークにお問い合わせください。

❽ 雇用保険失業給付（基本手当）の「受給期間の延長」について
失業給付（基本手当）を受給できる期間（以下「受給期間」という）は退職日の翌日から１年間です。
受給期間内に①妊娠、②出産、③育児、④疾病または負傷等の理由により３０日以上継続して職業につくことができない期間がある方は、その申出によって、受給期間の延長ができます。
※受給期間については例外があります。詳しくは申請者の住所地を管轄するハローワークにお問い合わせください。
※受給期間の延長については手続きが必要となります。手続きについては、申請者の住所地を管轄するハローワークにお問い合わせください。

❾ ㋐㋑の申告について、申告内容に相違がない場合は、署名欄をご記入ください。
日付は署名を行った日付をご記入ください。