

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、訂正箇所申請者のサインまたは押印をお願いいたします。						
申告欄	⑦ ① 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> 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		
				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	
申告欄	① 雇用保険の失業給付を受給していますか。	<input type="checkbox"/> はい	「はい」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		
		※「はい」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。				
	③ 未手続	<input type="checkbox"/> 受給期間延長中	※雇用保険に関する問い合わせは、当組合ではなく、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。			
		<input checked="" type="checkbox"/> 未手続	未手続の理由 (該当のものに✓)	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 病気療養中で雇用保険の手続きができないため <input type="checkbox"/> 離職票の交付がないため <input type="checkbox"/> その他 ()		
備考欄						
④ 署名欄	令和 × 年 × 月 × 日	氏名	健保 太郎			

- ① 「はい」「請求中」の場合、年金の名称や支給開始年月日、基礎年金番号等を記入してください。
 ※「はい」「請求中」の場合は、添付書類として『老齢年金の年金証書の写し』、『直近の支給額を証明する書類（年金振込通知書の写し等）』が必要です。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添付してください。
 ※年金額に変更があった場合は年金額改定通知書の写しを申請書に添付してください。
- ② 雇用保険の失業給付（基本手当）を受給しているかについて回答してください。
 ※雇用保険に関する問い合わせは、当組合ではなく、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。
- ③ 雇用保険失業給付（基本手当）の「受給期間延長中」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疾病又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。
- ④ ⑦①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。