|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 主査 | 担当 |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支  給  額 | 法定給付 | 円 | 支給期間 | 自　　　年　　月　　日  至　　　年　　月　　日 | | 日 | 待機期間 | 自　　　　年　　月　　日  至　　　　年　　月　　日 | 支給開始日  　　年　　月　　日 |
|
| 付加給付 | 円 |
| 標準報酬 | 月額  日額 | 千円  円 | | 計算式 |  | |
| (延長)付加給付 | 円 |
| 合　　計 | 円 |

傷病手当金

傷病手当金付加金

延長傷病手当金付加金

**請　　求　　書**　（第　　　　回）

（様式給　第十一号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者が記入するところ | 被保険者の  業務種別 |  | 資格取得  年　月　日 | 年　　月　　日 | | 資格喪失後のときはその年月日 | | 年 　月　　日 |
| 傷　病　名 |  | 発病又は負  傷の年月日 | 年　　月　　日 | | 発病又は  負傷の原因 | |  |
| 労務に服することが  できなかった期間 | | 年 　　 月　　 日 より | | 日間 | | 第三者行為によるもので有・無 | |
| 年 　　 月 　　 日 まで | |
| 上記期間中報酬の全額又は一部を受けたとき或は受け得るときはその期間及び額 | | 年　　　　月　　　 　日 より | | 日間 | | 円 | |
| 年　　　　月　　 　　日 まで | |
| 年金受給の有無  （いずれかに◯を記入） | | 年金受給無し | | | | | |
| 現在受給中  ※受給中の場合は、次の年金の種類のいずれかに◯を記入し、**年金額**  **がわかる書類(写)を添付**ください(第1回目と年金改定時のみ)  　１． 老齢基礎年金　　 ２． 老齢厚生年金　　　３． 障害基礎年金  ４． 障害厚生年金　　　５． 障害手当金　　 　 ６． 在職老齢年金 | | | | | |

上記のとおり申請いたします。

年　　 　月　　 　日

東京電力健康保険組合理事長 殿

※押印は廃止となっております。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属事業所名 | | |  | | | | | | | | | |
| 被保険者証  記号・番号 | | |  | | | | | － |  | | | |
| 現　住　所 | | | 〒 | | | | | | | | | |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ  氏　　　名 | | |  | | | | | | | |  | |
| 振　込　先 | | | 銀行　　　　　　　　　　　　　　　　　　支店  （　普通　当座　）　　　口座番号 | | | | | | | | | |
| 療養担当者（医師）が意見を記入・証明するところ | 患　者　名 |  | | | | 傷　病　名 | | |  | | | 療養の給付を開始した年日 | | | 年　 　月 　　日  （初診日） | | |
| 上記傷病名とレセプト記載の病名が異なる場合はその理由 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 発病又は  負傷の原因 |  | | | | | | | | | | | 発病または負傷の年月日 | | 年　 　月 　　日 | | |
| 労務不能と認めた期間 | 年　　　月　　　日 より  　　　年　　　月　　　日 まで | | | | | | | | 日間 | | | 左の期間中の  診療実日数 | | 日間 | | |
| 入院した  場　　　合 | 入院期間 | 年　　　　月　　　　日　より  　　　　　　年　　　　月　　　　日　まで | | | | | | | | | | | | 日間 | | |
| 症状の主症状および経過の概要  ※診療実日数が0日の場合はその理由 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | 保険医 | | | 所　在　地 | | | |  | | | | | | |
| 医療機関名 | | | |  | | | | | | |
| 氏　　　名 | | | |  | | | | | |  |
| 電　　　話 | | | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業主が証明するところ（在職中の場合） | 労務に服さなかった期間 | | | 年　　月　　日 より | | | 年　　月　　日 まで | | | 日間 | | |
| 下記のカレンダー 出勤は○，有給休職は△，無給休職は／でそれぞれ表示してください。 | | | | | | | | | | | |
| 年　　 月 | | １，２，３，４，５，６，７，８，９，10，11，12，13，14，15，  16，17，18，19，20，21，22，23，24，25，26，27，28，29，30，31 | | | | | | | | 無給休職日数  日 | |
| 年　 　月 | | １，２，３，４，５，６，７，８，９，10，11，12，13，14，15，  16，17，18，19，20，21，22，23，24，25，26，27，28，29，30，31 | | | | | | | | 無給休職日数  日 | |
| 上記期間中 | 年　　 月　　 日 より  　　年　　 月 　　日 まで | | | | 日間 | 円 | | を支給しました。 | | | |
| (旧制度) 傷病休職期間満了予定日 | | | | 年　　 月　　 日　満了予定 | | | | | | | |
| (新制度) 傷病休職開始日・残日数 | | | | 開始日　　　年　　 　月　　　 日 | | | 残日数　　 　　　 日 | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 事業主代理人 | | | | |  | | | | | |  |

（注）**月ごと**に申請してください。