

提出日：令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者証	記号	〇〇〇〇	生年月日	昭和	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	事業所名	〇〇〇〇(株)〇〇〇工場			
	番号	〇〇〇〇〇〇〇		平成						
被保険者の氏名		健 保 花 子		業務内容		一般事務				
被保険者の住所		〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇〇市〇〇〇 1-2-3		電話番号		〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇				
傷 病 名	(1)	胃潰瘍		発病または 負傷年月日	令和 〇〇 年 10 月 25 日					
	(2)				令和 年 月 日					
	(3)				令和 年 月 日					
① 療養のため休んだ 期間（申請期間）	令和 〇〇 年 11 月 1 日 から 令和 〇〇 年 11 月 30 日 まで（ 30 日間）		申請期間に報酬 は受けましたか		はい ・ いいえ					
第三者行為（交通事故や暴力行為など） によるものですか		はい ・ いいえ		※「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」 を別途提出して下さい。						
労災保険から休業補償を受けている 期間の請求ですか		はい ・ いいえ		請求中						
被 保 険 者 が 記 入 す る と ころ	障害 年 金 等 の 受 給	「障害厚生年金」または「障害 手当金」を受給していますか 受給している場合、どちらを受 給していますか		はい ・ いいえ		請求中		※「はい」の場合は次の書類を添付 して下さい。 ①受給要因となった傷病名の分かる 書類（障害者手帳等）の写し ②「年金証書」の写し ③直近の「年金振込通知書」または 「年金額改定通知書」の写し ※「請求中」の場合は次の書類を添 付して下さい。 ①受給要因となった傷病名の分かる 書類（障害手帳等）の写し ②「年金見込額照会回答票」の写し		
		「はい」の場合 受給の要因となった傷病名								
		「はい」の場合 支給開始年月日・年額		支給開始日		年金の額（年額）			円	
		昭・平・令 年 月 日								
退 職 申 請 後 の 期 間 を 受 給 す る 方 を	「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 ・ いいえ		請求中		※「はい」の場合は直近の「年金振 込通知書」または「年金額改定通 知書」の写しを添付して下さい。 ※「請求中」の場合は「年金見込額 照会回答票」の写しを添付して下 さい。			
	「はい」の場合 支給開始年月日・年額		支給開始日		年金の額（年額）			円		
			昭・平・令 年 月 日							
② 同 意 書										
東レ健康保険組合 理事長 殿 私は、傷病手当金等の請求にあたって、東レ健康保険組合が事業所を経由して給付すること、申請内容について東レ健康保険組合が事業 所および関係機関に情報照会を行い、関係機関が回答することに同意します。 ※関係機関とは、医療機関・前加入保険者・日本年金機構などを指します。 ※照会先が複数となる場合は、本同意書の写しも有効と認めます。 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 被保険者氏名 健 保 花 子										
受 取 方 法	【在籍者】 事業所に委任して下さい		本請求に基づく給付金の受領を 事業所名称		氏名			に委任します。		
			被保険者氏名		健 保 花 子					
	【退職者】 振込先を記入して下さい		銀行・信金 信組・農協		本店 支店		普通・当座・貯蓄			
		口座 番号		フリガナ						
				口座名義						

【被保険者の方へ】

- ①療養のため休んだ期間（申請期間）欄：傷病手当金は給与に代わるものです。概ね1カ月を単位として下さい。
- ②同意書欄：申請期間に係る給付事務を円滑に進めるため、ご署名をお願いします。
- 請求書の締切（健保到着日）は毎月10日で、翌月25日に支給します。（在職中は給与の中で支給）

なお、支給日の月初（概ね5日頃）に当組合の「KOSMOWeb加入者向けサービス」<https://kosmoweb.jp> から支給額を確認して
頂けます。未登録の方は登録をお願いします。ユーザID・パスワードが分からない方は当組合にお問合せ下さい。