

【記入例】

常務理事	事務長	主 査	担 当

支給伺 年 月 日

支給額	法定給付	円	支給期間	自 年 月 日	待機期間	自 年 月 日	支給開始日	年 月 日
	付加給付	円		至 年 月 日		至 年 月 日		年 月 日
	(延長)付加給付	円	標準報酬	月額	千円	計算式		
	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 1 回)

被保険者が記入するところ (様式給 第十一号)	被保険者の業務種別	一般事務	資格取得年月日	2012年 4月 1日	資格喪失後のときはその年月日	年 月 日
	傷病名	〇〇	発病又は負傷の年月日	2024年 5月 1日	発病又は負傷の原因	不詳
	労務に服することができなかった期間	2024年 5月 1日より 2024年 5月 31日まで	31日間	第三者行為によるもので 有 <input checked="" type="radio"/> 無		
	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 年 月 日 まで	日間	_____円		
	年金受給の有無 (いずれかに○を記入)	年金受給無し <input checked="" type="radio"/> 現在受給中	※受給中の場合は、次の年金の種類の内いずれかに○を記入し、 <b>年金額</b> 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)			

年金額改定通知書の  
コピーを添付ください

上記のとおり申請いたします。

2024年 6月 10日

東京電力健康保険組合理事長 殿

HD・PG・RP・EP

基幹事業会社

\*該当の基幹事業会社に○をつけてください

所属事業所名

オフィスサービスセンター 〇〇グループ

社員番号

1234567

現住所

〒116-8550 東京都荒川区東尾久〇-〇-〇

フリガナ  
氏名

健保 太郎 (ケンポ タロウ)

振込先

◇□ 銀行 ××駅前 支店  
 (普通)当座 口座番号 0000123

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	年 月 日 (初診日)
	上記傷病名とレセプト記載の主たる傷病名が異なる場合はその理由					
	発病又は負傷の原因					
	労務不能と認められた期間	年 月 日 より	年 月 日 まで	日間	日間	
	入院した場合	年 月 日 より				日間
	症状の主症状 ※診療実日数が	こちらの記入は医師へ依頼してください。				
	上記のとおり					

**1回目を申請する場合**  
 無給となる日より4日前からの期間を記入。  
 例えば8月1日から無給となる場合は7月28日から

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	こちらの記入は事業主(会社)へ依頼してください		無給休職日数 日
	上記期間中			支給しました。
	(旧制度) 傷病休職			
	(新制度) 傷病休職開始日・残日数	開始日	年 月 日	残日数
事業主代理人				

(注) 月ごとに申請してください。