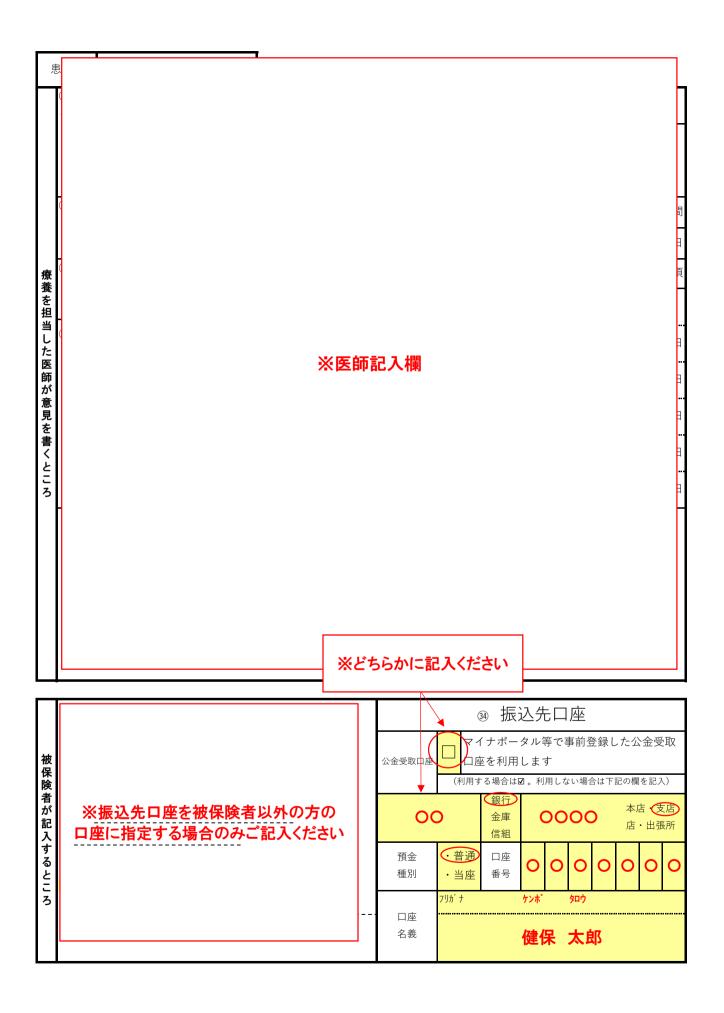
		健原	隶保险	第 傷病乳	=当金支給申	請書		※黄色部分のみご記入ください		
	1	被保険者 記号番号		000	000	② 事 第	€ 所	大阪本社・ 東京本社・ 退職済		
	3	傷病名	れた傷病名を さい	④ 業務の	種類	(例)経理担当事務、システムエンジニア 等				
	(5)	発病または			令和 ○ 年 ○	月〇日	午	F前・午後 O 時 O 分頃 ⑥第三者行為に		
		負傷の 原因・状況	L	(場所)				よるものですか		
	ばのトニニー T						詳しくご記入ください · は い			
被	り									
被保険	最							(・いいえ)		
者(請求者	発病または負傷の原因は次の区分のうちいつですか 私用 通勤の行き帰り 化									
	7	⑦ 障害厚生年金・障害手当金受給の有無有・請求中の場合はその傷病名をその傷病名その傷病名ご記入ください								
し が	⑨ ※資格喪失後の方・任意継続被保険者の方は記入が必要となります									
記入す	労災保険からの休業補償給付の有無 (過去の給付有無も含む) 有 ・ 無 ・ (過去の給付有無も含む)					請求	中(請求先: 〇 〇 労働基準監督署等)			
りるとこ	12	病気または、けがのため休んだ期間 (申請期間)								
ころ	13)	③ 上記の期間内で報酬を受けた期間 令和 〇 年 〇 月 〇 日から令和 〇 年 〇 月 〇 日まで								
	健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、JAST健康保険組合が関係機関に対して、									
	給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金・ヴッキャンス (ロッカー トスタック ロッカー は アンドラ は アンドラ で									
	(4) 被保険者の 住所									
	令和 O 年 O 月 O 日 大阪府大阪市北区中之島O−O−O OOマンションO号									
	氏名 健保 太郎									
	J	A S T f		除組合力				06) 0000 – 0000		
			※関係	糸機関とは、前加入係	R険者、医療機関、年金事務	听等を指します		※照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。		
事業										
事業主が証										
証明		◇車娄→司】燜								
すっ	H		※事業主記入欄 							
明するところ	-									
3	H									

- ◆提出先 在籍者:大阪本社 退職者: JAST健康保険組合
- ◆照会先 JAST健康保険組合



- ◆提出先 在籍者:大阪本社 退職者:JAST健康保険組合
- ◆照会先 JAST健康保険組合