

年 月 日

ダイセル健康保険組合 御中

私は、 年 月 日～ 年 月 日の間、
仕事に就いておらず、雇用保険と年金については下記記載のとおりですので、
傷病手当金の申請をいたします。宜しくお願い致します。

氏名 _____ 印 _____

①雇用保険の失業給付
(申請または受給している場合は、傷病手当金は支給されません。)

受給延長している ・ 受給しない

②年金
(老齢厚生年金、障害厚生(基礎)年金、労災保険の休業補償給付など)

受給している ・ 受給していない

※受給している方は、年間の金額を証明する書類の写しを添付して下さい。