

記入日：令和 年 月 日

オムロン健康保険組合 行

退職後の傷病手当金給付記録の回答書

扶養申請対象者
記入欄

退職した会社の被保険者の記号・番号

—

被保険者氏名

印

* 自署の場合は押印不要

生年月日

昭和／平成 年 月 日

退職した会社の
保険者記入・捺印欄

①被扶養希望者の傷病手当金の傷病名

②①の(*注1)支給開始年月日

令和 年 月 日

③①の(*注2)支給(予定)期間

令和 年 月 日～令和 年 月 日

④①の支給(予定)日数

日

⑤支給(予定)標準報酬日額

円

(*注1 現役時代からの支給開始年月日)

(*注2 現役時代からの支給(予定)期間)

上記の通り相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

TEL

保険者名

印