

記入日：令和 7 年 5 月 10 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

〇〇 — 〇〇〇〇〇〇

被保険者氏名

健保 太郎

印

* 自署の場合は押印不要

生年月日

昭和 60 年 4 月 1 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

〇〇病

②①の(*注1)支給開始年月日

令和 6 年 10 月 1 日

③①の(*注2)支給(予定)期間

令和 6 年 10 月 1日～令和 7 年 3 月 31日

④①の支給(予定)日数

548 日

⑤支給(予定)標準報酬日額

11,670 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 7 年 5 月 10日

所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇

TEL 000-0000-0000

保険者名 〇〇健康保険組合

印