

証 明 願

< 出産手当金・傷病手当金 >

申請者

会社名

被保険者番号：記号

番号

東京瓦斯健康保険組合に扶養家族の申請をしますので、下記の該当するすべての項目について証明していただきたくお願いいたします。該当する記号に○を付し、□には✓を入れてください。

(保険者証明欄)

東京瓦斯健康保険組合 理事長殿

下記のとおり、相違ないことを証明します。

証 明 内 容・・・強制被保険者資格について証明をお願いいたします・・・			
被保険者番号	記号	番号	
申請者の資格取得年月日	昭和・令和 平成	年 月 日	申請者の資格喪失年月日
標準報酬等級	第 等級	標準報酬月額	千円
<input type="checkbox"/> 出産手当金 について	A 資格喪失後は、出産手当金の支給対象外です		
	B 年 月 日現在、被保険者から出産手当金の請求はありませんが、請求があった場合、支給対象です		
	C 年 月 日で支給終了です。		
<input type="checkbox"/> 傷病手当金 について	A 資格喪失後は、傷病手当金の支給対象外です		
	B 年 月 日現在、喪失日以降について、被保険者から傷病手当金の請求はありませんが、請求があった場合、支給対象です		
	C その他 [請求実績の有無・給付実績の有無等]		
	D 付加給付（法定給付以外の独自給付）について <input type="checkbox"/> 傷病手当金を支給する場合、傷病手当金に付加給付（法定外の独自給付）があります。 <input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> その他 円 付加給付（法定外の独自給付）の算出方法が（その他）の場合、その算出方法		
<input type="checkbox"/> 付加給付（法定外の独自給付）は、ありません。			

年 月 日

住 所

保険者名

電 話

記入担当者

印