

年 月 日

## 申 立 書

東京瓦斯健康保険組合理事長 殿

被保険者 記号 番号

氏 名

今回申請した傷病手当金支給申請書（ 月 日から 月 日迄）  
の「診療実日数が0日」であった理由を下記の通り申し立ていたします。

### 記

1. 前回診療受診時に、医師から次回受診日についてどのように指示されましたか。

2. 「診療実日数が0日」の理由

以上

「診療実日数が0日であった理由」を記入の上、東京瓦斯健康保険組合あてに提出願います。  
この書類を提出いただけない場合は、支給を差し止める場合がありますので、すみやかに  
記入・提出くださいますようお願い申し上げます。

〒105 - 8527 東京都港区海岸 1 - 5 - 20 電話 03 - 5400 - 7698