

三菱製鋼健康保険組合 御中

傷病手当金請求に伴う状況報告書(初回添付)

傷病手当金を請求する状況は、下記のとおりです。(年 月 日 現在)

※この書類は、労務不能の状況の確認や給付制限に該当しないか等を判断する資料の一部となりますので、記入がない場合は審査ができません。傷病手当金を申請する初回に必ず提出してください。

記 号		番 号		事 業 所	
氏 名		印	生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日生
住 所	〒				

※すべての項目について正確に詳しく記入してください。

1. 今回請求の傷病名	
2. 発病または負傷の年月日	年 月 日
3. 発病または負傷の原因や発生場所	
4. 現在の症状や医師から指示されている療養(入院・通院)の内容について詳しく記入してください	
5. 通勤途上や業務上のものですか	1. はい 2. いいえ
6. 第三者行為(交通事故等)によるものですか	1. はい 2. いいえ
7. 過去の傷病手当金受給の有無 ※当健保以外も含む(以前勤務していた会社等)	1. ある 2. ない
8. 前項の設問で「ある」の場合	受給した傷病名: 受給した健保名: ☐ 三菱製鋼健康保険組合 ☐ その他(健保名:) 受給した期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 ※不明の場合は、おおよその期間を記入してください
9. 障害手当金や障害厚生年金の受給の有無	1. 受給中 2. 受給予定 3. なし
10. (退職者の方のみ)老齢厚生(基礎)年金受給の有無	1. 受給中 2. 受給予定 3. なし

※記入された内容により、当組合から内容の詳細について照会したり、追加の書類を依頼することがあります。

※また、傷病手当金支給決定のため、当組合が関係諸機関(医療機関の担当医、以前加入の健康保険の保険者等)に内容の確認や意見補足などのため照会する場合があります。下記「同意書」に署名をお願いいたします。

同意書

私は貴組合に対し傷病手当金を請求中ですが、この傷病手当金支給決定のため、貴組合が関係諸機関に対し照会することに同意します。(なお、本書の写しも有効と認めます。)

令和 年 月 日

三菱製鋼健康保険組合理事長 殿

記 号	番 号
生年月日	昭和・平成 年 月 日
氏名	印
(被保険者自署の場合は捺印不要)	

【組合記入欄】 この同意書の写しは、被保険者の同意書原本と相違ないことを証明する。

三菱製鋼健康保険組合 理事長 印