

傷病手当金を新規に請求される時は、本紙を記入のうえ請求書に添付してください。

三菱自動車健康保険組合 御中

傷病手当金請求に伴う状況報告書

↓作成した日を記入
令和 年 月 日 現在

傷病手当金請求時の状況は以下のとおりで相違ありません。

被保険者氏名 三菱 太朗

被保険者証記号・番号 記号： 番号・枝番： ←資格確認書等を参照のうえ
記入して下さい

生年月日 昭和・平成・令和 36年 9月 20日 (53歳)

1. 傷病手当金の受給履歴に関すること

↓全ての設問の該当する口にチェック【✓】を入れる

①	今までに傷病手当金（含む付加金）の給付を受けていたことがありますか。 ※当健保以外も全て含めて (以前勤めていた会社等で受給していた場合など)	<input checked="" type="checkbox"/> ある → ② に進む <input type="checkbox"/> ない → 2. に進む
②	前設問①で「ある」と回答した方のみ記入して下さい。 ア. 受給していた健康保険組合名	
	イ. 受給していた期間	平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月 ※はっきりわからない場合はおおよその期間で記入して下さい
	ウ. 受給していた傷病名	〇〇〇 (病名を記入する)

2. 年金受給に関すること

①	傷病手当金（付加金）の受給期間中に障害厚生年金（障害手当金含む）または老齢年金の受給（予定）がありますか。 ※受給（予定）ありの場合日本年金機構が発行する「裁定通知書（年金証書）」または「年金振込通知書」【最新のものの写を本紙に添付してください。】	<input checked="" type="checkbox"/> 受給（予定）あり → ②に進む (受給する年金種別： 障害厚生年金) <input type="checkbox"/> 受給（予定）なし → 3. に進む
②	前設問①で障害厚生年金または障害手当金の受給（予定）があると回答した場合（老齢年金は除く） 受給の対象となった（なる）傷病名	〇〇〇 (病名を記入する)

3. 傷病の原因に関すること

①	今回請求されている傷病手当金の傷病名	〇〇〇 (病名を記入する)
②	①の傷病名の発病又は負傷の原因や発生場所	発病又は負傷の原因（詳しく） 原因不明の場合は「不明」でも可（発生した場所も同様に） 負傷（ケガ）等の場合は何をしていたか等その時の状況を わかる範囲で記入のこと 発生した場所 (例) 自宅にて
③	②の原因は労働災害（通勤災害）あるいは第三者行為（交通事故等）に該当しますか。	<input type="checkbox"/> 労働災害（通勤災害）に該当 <input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等）に該当 <input checked="" type="checkbox"/> どちらにも該当しない

4. 同意書 傷病手当金の支給決定にあたり、当組合が関係諸機関（主治医や以前に加入していた健保等）に内容確認や意見補足等のため状況照会することがありますので、下記同意書に署名捺印を願います。

同意書

私は、貴組合に対して請求している傷病手当金（同付加金）に対して、貴照会事務を行うことについて同意いたします。（なお、本書写の場合は原本証書の場合のみ有効といたします）

↓作成した日を記入
(上の日付と同じ日)

令和 年 月 日

三菱自動車健康保険組合理事長 殿 資格確認書等を参照のうえ → 記入して下さい 記号 番号

被保険者氏名 三菱 太朗

生年月日 昭和・平・令 36年 9月 20日

【組合記入欄】 この同意書の写しは原本と相違ないことを証明する。 三菱自動車健康保険組合理事長