

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

傷病手当金及び同付加金請求に伴う状況報告書

↓作成した日を記入

平成 年 月 日 現在

傷病手当金（同付加金）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

三菱

被保険者証記号・番号 記号： 番号： ←健康保険証を参照のうえ 記入して下さい

生年月日 昭和・平成 36年 9月 20日 (53歳)

1. 傷病手当金の受給履歴に関する事 ↓全ての設問の該当する口にチェック【レ】を入れる

Table with 2 columns: Question and Answer options. Includes questions about previous benefits, insurance provider, and injury details.

2. 年金受給に関する事

Table with 2 columns: Question and Answer options. Includes questions about disability pension and injury details.

3. 傷病の原因に関する事

Table with 2 columns: Question and Answer options. Includes questions about the cause of injury and labor-related incidents.

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、貴組合に対し傷病手当金（同付加金）を請求しており、支給決定に際しここに同意いたします。（なお、本書写の場合は原本証明として三菱自動車健康保...

↓作成した日を記入 (上の日付と同じ日)

平成 年 月 日

三菱自動車健康保険組合理事長 健康保険証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・平 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 押印しないで下さい →