

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

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 _____ ㊟

被保険者証記号・番号 記号：_____ 番号：_____

生年月日 昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

1. 傷病手当金の受給履歴に関すること

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 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ください。 ア. 受給していた健康保険組合名	<input type="checkbox"/> 三菱自動車健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他の健保組合 (健保組合名 _____)
	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	

2. 年金受給に関すること

①	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】の写を本紙に添付してください。	<input type="checkbox"/> 受給（予定）あり → ②に進む (受給する年金種別： _____) <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	

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	
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） 発生した場所
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 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、貴組合が支給決定判断のために関係諸機関に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明として三菱自動車健康保険組合の印がある場合のみ有効といたします）

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

三菱自動車健康保険組合理事長 殿

記号 _____ 番号 _____

被保険者氏名 _____ ㊟

生年月日 昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 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 ㊟

