

傷病手当金請求に伴う状況報告書（初回添付）

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、記入がない場合には審査ができません。該当する全ての項目について正確に記入してください。

ご記入の内容により、当組合から内容の詳細についての照会や、追加の添付書類を依頼することがあります。

被保険者 記号－番号	8888 - 10	被保険者氏名	傷病太郎
事業所名称	丸の内運送株式会社	生年月日・年齢	昭和45年8月2日 49歳
職種	ドライバー	従事内容	ルート配送ドライバー
今回請求の傷病名	脳梗塞		
発病または負傷の原因や発生場所について	令和元年7月2日、自宅で意識を失い倒れる		
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	現在も手足の麻痺症状が認められ、自宅療養している。病院へは週1回ほど通院し、投薬も受けている。		
第三者の行為によるものですか	いいえ ・ はい※		
※この設問で「はい」の場合には、第三者行為に因る事故届等一式を添付してください。			
通勤途上や労働災害にあたるものですか	いいえ ・ はい※		
※この設問で「はい」の場合、健康保険の対象外です。事業所担当者へご相談ください。			
障害手当金や障害厚生年金の受給の有無	なし ・ 手続中 ・ あり※		
（資格喪失者の場合）老齢退職年金の受給の有無	なし ・ 手続中 ・ あり※		
※上記2つの設問で「あり」の場合には、年金証書の写し、直近の額を証明する書類の写しの2点を添付してください。			

◇ 三菱健保への加入期間が2年以内の場合、加入以前3年間の健康保険等について記入してください。

1	健保組合名	事業所名	
	同所在地	同所在地	
	在籍期間 (入社日) 年 月 日 ~ (退職日) 年 月 日		
	記号－番号	傷病手当金受給の有無	あり(※) ・ なし
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 加入健保の確認ができない場合、著しく審査が滞ることがあります。内容誤りまたは未記入の場合、一旦書類をお戻しの上、記入をお願いすることになりますので、必ず記入してください。</li> <li>● 国民健康保険あるいはご家族の被扶養者であった場合には、その旨を記入してください。</li> <li>● ご記憶にない場合、お手数ですが、お勤めであった事業所等へお問い合わせいただき、健保組合名および記号番号は必ず記入してください。</li> <li>● 欄が不足する場合には、この用紙をコピーして記入してください。</li> </ul>		
	<(※)傷病手当金受給ありの場合は、以下①②へ要回答>		
	①傷病名	②受給期間	
3	健保組合名	事業所名	
	同所在地	同所在地	
	在籍期間 (入社日) 年 月 日 ~ (退職日) 年 月 日		
	記号－番号	傷病手当金受給の有無	あり(※) ・ なし
<(※)傷病手当金受給ありの場合は、以下①②へ要回答>			
①傷病名	②受給期間		

傷病手当金の支給決定にあたり、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組合等）に内容の確認や意見補足等のため、状況照会する場合があります。以下「同意書」にご署名をお願いいたします。  
なお、本書の写しについては、三菱健康保険組合の理事長印がある場合に限り有効とします。

三菱健康保険組合 御中

## 同意書

私は、傷病手当金支給決定審査に際し、貴組合が必要と認めたとき、次の事項について照会することに同意します。

1. 貴組合加入前の医療保険者（健康保険組合、国民健康保険等）へ給付記録等を照会すること。
2. 傷病の状況等を医療機関および療養を担当した医師へ照会すること。
3. 勤怠状況等について、勤務する（していた）事業主へ照会すること。
4. 各種公的年金の受給、雇用保険法に関する給付の受給等について、日本年金機構（年金事務所）、公共職業安定所へ照会すること。

令和元年 11 月 10 日

記号 8888 番号 10

生年月日 昭和45年 8 月 2 日

氏名 傷病太郎

《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。

三菱健康保険組合 理事長 印