

三菱電機健康保険組合 行

傷病手当金請求に伴う状況報告書

傷病手当金の請求をする状況は次のとおりです。(令和 年 月 日 現在)

被 保 険 者 氏 名 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女

被保険者証記号・番号 記号： \_\_\_\_\_ 番号： \_\_\_\_\_

生 年 月 日 昭・平・令 年 月 日 ( 歳)

1	今までに傷病手当金を受給したことが ※当健保以外も含む(以前勤めていた会社で受給していた場合等)	1. ある                      2. ない
---	---	----------------------------------

※ 支給を始めた日から通算して1年6カ月に達するまでの期間となります。

2	上記1.で「ある」場合	受給した健保名： <input type="checkbox"/> 三菱電機健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他 → 名称を記入 ( _____ )
		受給した期間： 平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日 ※はっきりわからない場合はおおよその期間を記入してください。
3	障害年金・障害手当金・老齢年金を受給したことが	1. ある                      2. ない

※ 厚生年金保険の障害厚生年金・老齢厚生年金等を受給している場合は、日本年金機構発行の最新の  
●国民年金・厚生年金保険年金証書〔裁定通知書〕(写)と●年金振込通知書(写)を傷病手当金請求書に添付してください。  
※ 傷病手当金を請求しているときに、厚生年金保険の障害年金等の金額が改定された場合は、すみやかに事業所健保窓口  
(任意継続者は健康保険組合)へご連絡ください。

4	上記3.で障害年金等を受給したこと(予定)が 「ある」場合、 受給の原因となった傷病名・受給開始(予定)年月	傷病名：
		受給開始(予定)： 昭・平・令 年 月 日
5	今回申請されている傷病手当金の 傷 病 名 ①	発病・負傷年月日 年 月 日
	傷 病 名 ②	発病・負傷年月日 年 月 日
6	入院・通院状況①	病院名 _____ 入院 1. している ( 日/月位)    2. していない 通院 1. している ( 日/月位)    2. していない
	入院・通院状況②	病院名 _____ 入院 1. している ( 日/月位)    2. していない 通院 1. している ( 日/月位)    2. していない
7	申請期間中の症状等(詳しく記入)	
8	職務内容	
9	職務に就けなかった理由	
10	日常生活状況・その他	

(※上記1～9は必須項目)