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						· 女			
被保	:険者等 記号·番号	記号:	番号:							
生	年 月 日	昭・平	年	月	日	(歳)			
1	今までに傷病手当金を受 ※当健保以外も含む(以前		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)他 → 名	称を記入	(日から 平・令	年	月)	
		※はっきり	※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	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) :						
				图	召・平・令	年	J	月	日
5	今回申請されている傷病手当金の					発病・:	負傷年	月日	
	傷 病 名 ①						年	月	日
			発病・負傷年月日						
	傷 病 名 ②						年	月	目
6	病院名		入院	1.	している(日/月位)	2.	していない	,
	入院·通院状況①		通院	1.	している(日/月位)	2.	していない	`
	病院名	病院名		1.	している(日/月位)	2.	していない	`
	入院·通院状況②			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)