

傷病手当金を新規に請求されるときは、本紙を記入のうえ請求書に添付してください。

傷病手当金請求に伴う状況報告書

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 \_\_\_\_\_ 印

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. 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	ア. 受給していた健康保険組合名	<input type="checkbox"/> ダイセル健康保険組合 <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・令 _____ 年 月 ~ 平・令 _____ 年 月 ※はっきりし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「年金通知書」(最新のもの)写し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	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
	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お願いします。

<b>同意書</b>	
私は、貴組合に対し傷病手当金を請求しており、支給決定に際し貴組合が関係諸機関に対して照会を行うことに同意いたします。(なお、本書が写の場合は原本証明としてダイセル健康保険組合の印がある場合のみ有効と致します)	
年 月 日	
ダイセル健康保険組合理事長 殿	記号: _____ 番号: _____
	被保険者氏名 _____ 印
	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。      ダイセル健康保険組合理事長 印	