

記入日：令和 年 月 日
記号・番号：
氏名：

神戸製鋼所健康保険組合行き

資格喪失後傷病手当金請求に伴う

公的年金等受給（申請）状況及び療養状況の回答書

◆公的年金等の受給状況について *該当する項目に○を、記載項目欄には記入をお願いします。

障害年金を		・	受給中	・	受給予定	・	受給出来ない
受給中または受給予定の方							
受給開始日（予定日）	令和 年 月 日						
直近の受給額（年額）	円／年						
受給出来ない方							
理 由							

老齢年金を		・	受給中	・	受給予定	・	受給対象外（受給年齢でない）
受給中または受給予定の方							
受給開始日（予定日）	令和 年 月 日						
直近の受給額（年額）	円／年						

- ※ 公的年金を受給されている方は、直近の年金額の確認ができる書類（年金決定通知書・支給額変更通知書、年金額改定通知書、年金振込通知書等）を添付ください。
- ※ 直近の年金額が確認できる書類を既に提出済みの方については、年金額の変更・改定がある方のみ上記書類を添付ください。
- ※ 受給予定の方は、上記書類が届き次第、その写しを当健保組合まで送付ください。

◆雇用保険について

※雇用保険被保険者番号は、雇用保険被保険者証および離職票に記載されていますので、必ず記入してください

※該当する項目に○を、記載項目欄には記入をお願いします。

雇用保険被保険者番号					—							—									
雇用保険を														・	受給中	・	受給予定	・	受給延長（予定）	・	受給放棄
受給中または受給予定の方																					
受給開始日（予定日）	年 月 日																				

- ※雇用保険を受給されている方は雇用保険受給資格者証の写し、受給延長（予定）をされている方は離職票と雇用保険受給延長通知書の写し、受給放棄の方は離職票1・2の写しを添付してください。（未発行の場合は、発行され次第、当健保組合まで送付ください）

【裏面に続く】

◆療養の状況について

*該当する項目に○を、記載項目欄には記入をお願いします。

治療状況について	入院中 ・ 自宅療養中 ・ 通院中 ・ その他（ ）
受診先 (医療機関名)	医療機関名 TEL
受診について (入院以外の方)	・ 毎日 ・ 週 回 ・ 月 回 ・ 受診していない
医師からの注意・指示について	療養についての注意・指示内容を記入してください。
自覚症状・日常の過ごし方について	病気の自覚症状や日常の過ごし方を出来るだけ具体的に記入してください。 (病気の自覚症状) (日常の過ごし方)
就労について	仕事につくことが出来そうであれば、その予定日を記入してください。 年 月頃就労予定

以上 記載事項に相違ないことと、併せて次のとおり誓約・同意します。

1. 雇用保険の失業給付を受給開始したとき、または求職活動を開始したときは、当健保組合に遅延なくその旨を報告します。
2. 当健保組合より管轄の公共職業安定所へ雇用保険の失業給付受給状況を照会することに同意します。
3. 当健保組合より受診されている医療機関（医師）へ傷病の状態について照会することに同意します。

令和 年 月 日

署 名 : _____

【問合せ先】

 神戸製鋼所健康保険組合 給付グループ
 TEL : 078-261-6505