傷病手当金請求に伴う状況報告書兼同意書（※初回申請時添付）

状 況 報 告 書

記 入 日	令和　　年　　月　　日	氏　名		健康保険 記号・番号	
事業所名		職　種		従事内容	

①	今までに傷病手当金を 請求したことがありますか	あ　る　・　な　い
②	①で「ある」の場合、 受給していた傷病名	
	受給していた期間	年　　月　　～　　年　　月
	受給していた健保名	□サンヨー連合健康保険組合　□（　　）
③	今回請求する傷病名	
	発病または負傷の原因	
	【負傷の場合】 ①発生場所　②負傷に至った経緯 **※詳しく記入してください**	
	第三者の行為によるものですか	は　い　・　いいえ
	通勤途上や業務上のものですか	は　い　・　いいえ
	①現在の症状 ②医師から指示されている療養の内容 **※詳しく記入してください**	
	今回の<u>傷病によって</u> <u>職務につけなかった理由</u> **※詳しく記入してください**	
④	年金について、 現在の受給状況を記入してください	□ 受給中である　→　□ 老齢年金　□ 障害年金　□ 労災年金 □ 請求中である　□ 受給していない

※この報告書は健康保険法第59条に基づき提出をお願いしております。

・記入漏れの場合は健康保険法第121条により、虚偽申告の場合は同第120条により傷病手当金の支給ができません。

・記入された内容によりサンヨー連合健康保険組合が内容の詳細について照会したり、追加書類を求めることがあります。

・傷病手当金支給決定のためサンヨー連合健康保険組合が関係諸機関に内容の確認や意見補足のため照会する場合があります。

同　意　書

①サンヨー連合健康保険組合が以前私の加入していた保険者に対し、私にかかる資格および給付履歴等の照会を行い、照会を受けた保険者がサンヨー連合健康保険組合に対して回答すること。

②サンヨー連合健康保険組合が現在（または以前に）私の在籍している（在籍していた）勤務先等に対し、傷病手当金にかかる照会を行い、照会を受けた勤務先等がサンヨー連合健康保険組合に対して回答すること。

③サンヨー連合健康保険組合が私の受診した医療機関等に対し、傷病手当金にかかる診療内容等の照会を行い、照会を受けた医療機関等がサンヨー連合健康保険組合に対して回答すること。

④サンヨー連合健康保険組合が官公庁等（公共職業安定所・日本年金機構・警察署等）に対し、傷病手当金にかかる照会を行い、照会を受けた機関がサンヨー連合健康保険組合に対して回答すること。

※照会先が複数となる場合は、本同意書の写しも有効と認めます。

サンヨー連合健康保険組合　理事長殿

私が傷病手当金の申請を行うに当たり、状況報告書に記載した内容に相違ありません。

またサンヨー連合健康保険組合が傷病手当金の支給決定を行うにあたって、関係機関に照会することを上記同意書をもって同意します。

令和　　年　　月　　日

被保険者氏名（自筆）