

TOYO TIRE健康保険組合 御中

傷病手当金請求に伴う本人状況報告書

傷病手当金の請求をする状況は次のとおりです。(年 月 日 現在)

被保険者証 記号 _____ 番号 _____ 被保険者氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日 (歳)

1	今までに傷病手当金を受給したことが ※ 東洋ゴム工業健保以外も含む(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
2	上記1で「ある」場合	受給した健保名 : <input type="checkbox"/> TOYO TIRE健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他→組合名称を記入(
		受給した期間 : _____ 年 月 日 から _____ 年 月 日 まで
		受給した傷病名 :
3	障害年金・障害手当金・老齢年金を受給したことが ※ 障害年金・障害手当金・老齢年金を受給している場合、最新の ◆国民年金厚生年金証書(写)と、◆年金振込み通知書(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年金の受給金額が改定された場合は、健康保険組合までご連絡ください。	1. ある 2. ない
4	上記3で障害年金を受給したこと(予定)がある場合、 受給原因となった傷病名・受給開始(予定)年月日	傷病名 :
		受給開始(予定) :
5	今回請求されている傷病手当金の傷病名	傷病名 :
		発病・負傷年月日 :
6	入院・通院状況 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	職務に就くことができない理由	
10	日常生活状況・その他	

傷病手当金支給決定のため、当健保が関係諸機関(事業主・前加入の保険者・医療機関等)に状況を照会する場合があります。下記【同意書】に署名・捺印をお願いいたします。

<p>同意書</p> <p>わたしは、貴組合が傷病手当金の支給について関係諸機関に照会することに同意します。 また、関係諸機関が貴組合に回答することに同意します。 後日本件については、貴組合に対して一切の異議・請求等申し立てをしません。 なお、本書の写しも有効とします。</p> <p>年 月 日 氏名 _____ 印</p>
--

※ 他健保の被保険者であった期間がある方は、他健保に対して給付に関する照会を行うことがあり、その内容によっては今回ご請求の傷病手当金が不支給になる場合があります。
※ この調査は健康保険法第59条(文書の提出等)に基づいて行っており、利用目的以外で使用することはありません。