

傷病手当金第1回目の請求の際に提出して下さい。なお、この調査は、健康保険法第59条(文書の提出等)に基づき実施し利用目的の範囲内のみに使用されます。

令和 年 月 日

三菱製紙健康保険組合 御中

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、下記のとおりです。(令和 年 月 日現在)

被保険者氏名	印	昭・平・令 年 月 日生 (歳)		
被保険者証	記号-番号			
①	今まで傷病手当金を受給したことがありますか。	1. ある	2. ない	
②	①で「ある」場合	受給した健保名: <input type="checkbox"/> 三菱製紙健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他→名称を記入()		
		受給した期間: 年 月 日～ 年 月 日まで *はつきりわからない場合はおおよその期間を記入して下さい。		
		受給した傷病名:		
③	今回申請されている傷病手当金について	傷病名①	発病・負傷 年 月 日	
		傷病名②	年月日 年 月 日	
④	入院・通院状況①	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	
	入院・通院状況②	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	
⑤	療養の状況	医師の指導事項、注意等		
⑥	障害年金について (障害手当金含む)	1. 受給している 2. 受給したことがある 3. 受給予定である(裁定請求中) 4. 受給したことがない	傷病名	受給期間 年 月 日から 年 月 日まで
		* 受給している場合は、裁定通知書の写しを添付して下さい。受給予定者は、裁定通知後、すみやかに提出して下さい。		
⑦	老齢年金について	1. 受給している 2. 受給予定である(裁定請求中) 3. 受給していない	老齢年金の名称	受給期間 年 月 日から 年 月 日まで
		* 受給している場合は、裁定通知書の写しを添付して下さい。受給予定者は、裁定通知後、すみやかに提出して下さい。		
⑧	⑥⑦以外の労働保険・社会保険の給付金	年金の名称(受給中若しくは受給請求中(若しくは予定)の場合、記載願います。)		受給期間 年 月 日から 年 月 日まで

同 意 書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、三菱製紙健康保険組合が必要とする事項（私の個人情報を含む）について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所及び負傷に関わった団体等に対して三菱製紙健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受けることについて同意致します。

また、上記照会を行うにあたり、三菱製紙健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承致します。

後日、本件について三菱製紙健康保険組合に対して一切の異議・請求等の申し立てを致しません。

なお、本書の写しも有効と致します。

三菱製紙健康保険組合 理事長 様

同意日 令和 年 月 日

保険証記号番号 ー

氏名