

※ 傷病手当金の第1回目を請求する際 及び 退職後の請求の場合は毎回、添付してください。

横浜ゴム健康保険組合御中

健康保険 傷病手当金 状況報告書

傷病手当金の請求にあたり、現在の状況について下記の通りご報告します。

被保険者	被保険者証 記号 1500 番号 999999	申請日 令和 3年 4月 5日
	氏名 横浜 康夫	
過去の傷病手当金の受給状況	1. <input type="checkbox"/> 過去に受給した事がある <input checked="" type="checkbox"/> 過去に受給した事はない ↓ 2. <input type="checkbox"/> 横浜ゴム健保組合で受給 <input type="checkbox"/> 退職後も同一傷病により継続して労務不能なため <input type="checkbox"/> 在職中で、前回と異なる病気やケガまたは期間が空いた再発による申請 → 前回の請求 平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> その他の健保組合(以前の勤務先の健保組合等)で受給 給付を受けた期間 健保組合等の名称: → 平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで 受給した傷病名:	
障害年金 障害手当金 老齢年金の受給状況	1. <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日: 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 受給資格が無い(該当しない) ↓ 2. 年金・手当金の種類: <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 老齢年金 受給開始日:平成・令和 年 月 日 *該当する年金の証書と振込通知を添付	
申請期間中の症状等	自宅にて安静にして療養中	
職務の内容と職務に就けない理由	骨折したことによって立ち仕事ができないため	
日常生活や現在の体調 医師からの注意事項等	医師の指示により、無理の無い範囲でリハビリを行っている。	
【注】 第三者行為や労災に該当する場合は、別途届出が必要です。		
※退職後の請求の方は必ず記入し 該当の書類を添付してください	A. 退職日までの被保険者 在籍期間(国保・任継加入期間は除く)は、継続して1年以上有りますか? <input type="checkbox"/> 継続して1年以上有る <input type="checkbox"/> 1年以上無い または 継続していない期間が有る B. 雇用保険の受給について <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給申請中 <input type="checkbox"/> 受給資格が無い(受給しない) <input type="checkbox"/> 受給延長手続き中 ※雇用保険受給資格者証(または離職票)の写しを添付してください。 受給延長手続き中の方は、延長申請受理印のある写しを添付してください。 C. 現在加入の医療保険について *当健保の任継に加入の方は記入不要です <input type="checkbox"/> 国保等に被保険者として加入 健保組合等の名称: <input type="checkbox"/> 家族の被扶養者として加入 → 保険証の記号・番号: ※傷病手当金支給額が認定基準を超えると被扶養者の資格が無くなる場合があります。	
※ 傷病手当金の請求の際、請求書に添付する書類は、請求内容について照会をさせていただきます。 ※ この調査結果は、請求書の添付書類として提出させていただきます。ご不明な点については、お問い合わせください。 下記【同意書】欄に同意をお願いします。	<div style="border: 2px solid green; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center; color: green; font-weight: bold;">退職した後に請求する場合は、必ず A・B・C の全てを記入し、雇用保険受給者証等の写しを添付してください。</div>	
【同意書】		
	住所 東京都港区**町 1-2-3 YRCマンション 102号室	
	令和 3年 4月 5日	氏名 横浜 康夫