

※ 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	番号	申請日		
	氏名			令和	年	月 日

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 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 健保組合等の名称： 受給した傷病名：	→ 給付を受けた期間 平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで

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 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	
-----------	--

職務の内容と 職務に就けない理由	
---------------------	--

日常生活や現在の体調 医師からの注意事項等	
--------------------------	--

【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。

※ 傷病手当金支給決定のため、当健保が担当医師や以前加入の健保組合に対して傷病の状況や給付内容について照会
する場合があります。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。
下記【同意書】に署名・捺印をお願いいたします。

【同意書】	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。 本件について、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。
	住所 令和 年 月 日 氏名