

傷病手当金第1回目の申請書に併せて提出してください

年 月 日

石塚硝子健康保険組合 行

傷病手当金申請に伴う本人状況報告書（初回申請用）

①	今までに傷病手当金を受給したことがありますか？（以前勤めていた会社で受給していた場合も含みます）		
	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない * 「ある」場合は、別途③「同意書」を提出	
②	①で「ある」と答えた場合		
	受給した健保名	<input type="checkbox"/> 石塚健保 <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	
③	今回申請されている傷病手当金の、「傷病名」・「発病または負傷年月日」・「通院状況」を記入してください		
	(1)	傷病名	
		発病または負傷年月日	年 月 日頃
		通院状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中（ 週間に 回） <input type="checkbox"/> 通院していない
	(2)	傷病名	
		発病または負傷年月日	年 月 日頃
通院状況		<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中（ 週間に 回） <input type="checkbox"/> 通院していない	
④	上記の傷病で就労不能となった日を記入してください（有休を含め休み始めた日を記入してください）		
	就労不能となった日	年 月 日 から就労不能	
⑤	発病または負傷の原因を記入してください		
⑥	職場での具体的な仕事の内容を記入してください		
⑦	職務に就けなかった理由を記入してください		
⑧	日常生活状況等について記入してください		
⑨	日中の連絡先（電話番号・メールアドレス）をご記入ください		
	電話番号：	メールアドレス：	

傷病手当金を申請する状況は上記のとおりです。（ 年 月 日 現在）

記号 番号

被保険者氏名

印

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。