

初回請求・退職者用

傷病手当金請求に伴う本人状況報告書

太陽誘電健康保険組合が傷病手当金の審査を行う際、健康保険法で定められている同一傷病での支給期間(1年6ヶ月)を超えていないか。また、過去の受給の継続なのか再発なのかを判断するために必要な情報になりますのでご記入をお願いします。必ず、同意書を添付してご提出ください。

※この調査は健康保険法第59条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。

- ・記入漏れの場合は健康保険法121条により、虚偽申告の場合は同第120条により傷病手当金の支給ができません。
- ・記入された内容により太陽誘電健康保険組合が内容の詳細について照会したり、追加書類を求めることがあります。
- ・傷病手当金決定のため太陽誘電健康保険組合が関係諸機関に内容の確認や意見補足のため照会する場合があります。

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まれます)	
<input type="checkbox"/> ある ⇒ 下記に受給した状況をご記入ください <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> ない ⇒ ①へ</span>	
受給した健保名	<input type="checkbox"/> 太陽誘電健康保険組合 <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 年 月 日 から 年 月 日 まで
受給した傷病名	
受給した医療機関名	

◆今回請求されている傷病手当金請求期間について、下記事項に☑またはご記載ください。

現在加入している健康保険の名称 ※【資格情報のお知らせ】の写しを添付ください。	
①	名称 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 太陽誘電健保任意継続 <input type="checkbox"/> 扶養家族 ※扶養家族として健康保険組合に加入する場合、傷病手当金を受給中であることの申告が必要です。
②	傷病名
	傷病手当請求期間
	発病又は負傷年月日
	受給した医療機関名
③	傷病の原因は外傷性によるものですか <input type="checkbox"/> はい ⇒ 負傷原因調査(別添④)を記入し添付してください。下記質問も回答ください。 <input type="checkbox"/> いいえ
	外傷性による場合、第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 自損事故 <input type="checkbox"/> その他(暴力等) <input type="checkbox"/> いいえ
	外傷性による場合、業務上・通勤途上のものでですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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・負傷した場所を記入してください
	<<原因>> <<場所>>
⑥	職場(在職時)での具体的な仕事の内容を記入してください
⑦	今回の傷病によって職務に就けなかった理由を記入してください
⑧	請求期間の内、当傷病で医療機関へ通院(入院)した日を○で囲んでください。※【診療明細書】の写しを添付ください。
	対象月 <span style="float: right;">カレンダー</span>
	年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
⑨	今回請求されている傷病手当金の、「通院状況」を記入してください ※「診療実数日」が「0日」は原則認められません <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 通院していない理由：( )

