

傷病手当金請求に伴う本人状況報告書(症状等)1/2

今般、傷病手当金を申請する症状等は以下のとおりです。

提出日 令和 年 月 日

氏名・生年月日					昭和・平成 令和	年	月	日生()	歳)												
被保険者証 記号・番号	記号				番号																
現住所・電話番号 (療養中の連絡先)	〒 電話番号 ()																				
具体的な業務の内容																					
傷病名																					
発病または負傷の原因 および負傷場所	発病の原因(分かる範囲で記入してください)																				
	負傷、外傷の原因、負傷場所(必ず記入してください)																				
現在の症状 (詳細に記入してください)																					
医師から療養についてどのよ うな注意、指示を受けていま すか																					
病院のかかり方 (○印をしてください)	令和 年 月 日現在 1.入院中 2.毎日通院 3.週に__回通院 4.月に__回通院 5.__ヶ月に__回通院 6.通院していない																				
	上記で5. または6. と答えた方は医師の指示ですか。 イ. 指示 ロ. その他 理由を記入してください																				
受診日について (○印をしてください)	1.予約をとって行く 2.医師から指示された日に行く 3.自分の都合のよい日に行く 4.薬がなくなると行く																				
診療日 (今回の請求期間のうち診療 日に○印をしてください)	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31									
障害年金	受給している、もしくはしたことがある 1. ある 2. ない (ある場合、裁定通知書の写しを添付)																				
	受給期間 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 今後、障害年金の受給手続きをするつもりが 1. ある 2. ない																				
老齢年金を受給されている方 はご記入ください。 (裁定通知書の写しを添付)	老齢年金の名称					年金額/年															
	初回受給年月日					基礎年金番号															
	年金証書等に記載の年金コード・記号番号・番号のいずれか																				

※請求者が家族の場合はご記入ください。

記入者名

本人との関係

連絡先 住所 〒

電話番号 ()

傷病手当金請求に伴う本人状況報告書(生活状況)2/2

請求期間中の平均的な生活状況は下記のとおりです。

提出日 令和 年 月 日

氏名・生年月日						昭和・平成 令和	年	月	日生(歳)
被保険者証 記号・番号		記号			番号					
5時										
6時										
7時										
8時										
9時										
10時										
11時										
12時										
13時										
14時										
15時										
16時										
17時										
18時										
19時										
20時										
21時										
22時										
23時										
24時										
1時										
2時										
3時										
4時										

傷病手当金請求に伴う本人状況報告書(前加入健保)

※ こちらは、新卒入社以外で、当健保加入から3年以内の方に限り、ご提出願います。
(上記に該当しない方は、ご提出の必要はありません)

日本電気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、同一の傷病での支給期間を超えていないかを判断するために必要な情報となります。

尚、ご提出後に、再度調査を行わせていただく場合がございます。(加入状況が確認できない期間があった場合など)

I. 日本電気健康保険組合に加入する前の日までに、加入していた健康保険について、3年間遡及して、すべてお知らせください。

【ご注意】 健康保険の名称は、必ずご記入いただけるようお願いいたします。
会社名のみをご記入いただいた場合は、再度調査依頼をさせていただくこととなってしまいます。
(記号・番号欄は、わかる範囲でのご記入で結構です。)

氏名・生年月日					昭和・平成 令和	年	月	日生(歳)
被保険者証 記号・番号		記号			番号			
健康保険の名称	事業所名 (会社名)	健康保険の所在地 (住所・電話番号)			記号・番号	資格取得年月日	資格喪失年月日	

II. 以前の健康保険で傷病手当金の支給を受けたことがありますか。

はい ・ いいえ

はいの場合 支給を受けていた期間および傷病名、受診医療機関(主治医氏名)をご記入下さい。

以上