

新規に請求される場合は、傷病手当金請求書に併せて本紙を必ず提出してください。

三菱重工健康保険組合理事長 殿

## 傷病手当金請求に伴う状況報告書

傷病手当金を請求する状況は次のとおりです。(平成27年 4月 5日 現在)

被 保 険 者 氏 名 三菱 太郎 (印) (男)・女

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号 記号：1 番号：999999

生 年 月 日 S32年 5月 1日 ( 57 歳)

1 今までに傷病手当金を受給したことがありますか。  
※当健保以外も含む(以前勤めていた会社で受給していた場合等) 1. ある 2. なし

2 上記1. で「ある」場合のみ記入して下さい。  
※ □ (四角) 内はチェック (レ)

受給した傷病名：慢性腎不全

受給した健保名： 三菱重工健康保険組合  
 その他一名称を記入( ××××健康保険組合 )

受給した期間：平成23年 10月 日から平成24年 3月 日まで  
※不明な場合は、おおよその期間を記入してください。

3 障害年金・障害手当金受給の有無 (障害年金・障害手当金は、傷病手当金とは異なりますので、ご注意ください) 1. 受給中 2. 受給予定 3. なし

障害年金・障害手当金を受給中又は受給予定の場合、受給の原因となった傷病名・受給開始(予定)年月を記入して下さい。

傷病名：慢性腎不全  
受給開始(予定)：平成25年 4月

### 退職者の方のみご記入ください

4 老齢厚生(基礎)年金受給の有無 1. 受給中 2. 受給予定 3. なし

※ 上記年金を受給している場合は、「年金決定(支払)通知書」または「年金額改定通知書」の写しを併せてご提出ください。

※ 年金額が改定された場合は、すみやかに最新の通知書の写しを健康保険組合へご提出ください。

5 今回申請されている傷病手当金の傷病名 (労務不能と医師が証明した全ての傷病を記入願います。) 慢性腎不全 糖尿病

発病・負傷年月日 平成22年 9月 20日

6 上記5. で傷病が負傷(ケガ)であった場合の原因・状況

(どこで) 1. 自宅 2. 会社 3. 通勤途上 4. その他( )

(何をしていた)

(どのように負傷したか)

7 上記6. で負傷(ケガ)した場所が 2. 会社 3. 通勤途上であった場合、会社に連絡はしましたか。 1. した 2. していない

8 上記6. で負傷(ケガ)した原因が、交通事故(第三者行為)であった場合にお答え下さい。 1. 自損事故 2. 自損事故以外

< 組合記入欄 >

担当 受付