

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。（ 年 月 日 現在）	
被 保 険 者 氏 名	_____ ④ 男 ・ 女
被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	記号： _____ 番号： _____
生 年 月 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 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： 受給した健保名： <input type="checkbox"/> 三菱重工健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他→名称を記入（ ） 受給した期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 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 <small>（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）</small>	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： 受給開始(予定)： _____ 年 _____ 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。)	発病・負傷年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 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