

傷病手当金請求に伴う報告書（初回添付）

傷病手当金の給付審査の際に、労務不能の状況確認や給付制限に該当しないか等を判断する資料の一部となります。傷病手当金を請求する初回には、必ず別紙「同意書」と併せて提出してください。

氏名	印			生年月日	S・H	年	月	日
保険証	記号	番号		記入日	R	年	月	日

問1	<p>今回請求の傷病名を記入してください。また、その傷病名は外傷性のものですか。</p> <p>傷病名：.....</p> <p><input type="checkbox"/> 外傷性である →問2、問3へ <input type="checkbox"/> 外傷性ではない →問3へ</p>
問2	<p>問1で今回請求の傷病名が「外傷性である」場合、負傷の原因・発生場所等を記入してください。</p> <p>負傷年月日： 年 月 日</p> <p>負傷発生場所：.....</p> <p>負傷原因：.....</p> <p>.....</p> <p>通勤途上や業務上の負傷に該当しますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>第三者行為（交通事故等）による負傷ですか。 <input type="checkbox"/> はい※ <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>※「はい」の場合、健康保険組合に「事故届」を提出済みですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ→早急に提出してください。</p>
問3	<p>過去に傷病手当金を受給したことはありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> はい →（受給していた時のことを下の欄に記入し、問4も回答してください） <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>傷病名 </p> <p>受給期間 年 月 ～ 年 月.....</p> <p>勤務されていた会社名 ※派遣社員の方は派遣元を記入してください</p> <p><どの保険者から受給していたか、該当するものに<input checked="" type="checkbox"/>をいれてください></p> <p><input type="checkbox"/> 阪急阪神健康保険組合..... 加入期間：.....年 月～.....年 月</p> <p><input type="checkbox"/>健康保険組合 加入期間：.....年 月～.....年 月</p> <p><input type="checkbox"/> 全国健康保険協会.....支部 加入期間：.....年 月～.....年 月</p> <p><input type="checkbox"/>共済組合 加入期間：.....年 月～.....年 月</p>
問4	<p>過去の受給終了後も、同一傷病により継続して通院または投薬を受けていますか。</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> はい →（通院または投薬を受けていた期間のことを下の欄に記入してください）</p> <p>通院期間：.....年 月～.....年 月</p> <p>投薬期間：.....年 月～.....年 月</p>

※取得した個人情報は、傷病手当金支給決定・審査の目的以外には利用いたしません。

※記入された内容により、追加の書類を依頼することがあります。

傷病手当金支給決定のため、当組合が関係機関（注）に対して、保険給付受給に関する情報等の照会を行う場合がありますので、別紙「同意書」に記入・押印のうえ、併せて提出してください。

（注）関係機関とは、受診した保険医療機関の担当医、以前加入の健康保険の保険者等をいう。

阪急阪神健康保険組合理事長 殿

同 意 書

私は、健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、阪急阪神健康保険組合が必要に応じて関係機関（注）に対し照会することに同意します。

（注）「関係機関」とは、保険医療機関の担当医、以前加入の健康保険の保険者等をいう。

令和 年 月 日

住 所

氏 名 印

生年月日 昭和・平成 年 月 日

※すべて自筆にてご記入ください。