

※第1回目の請求の方は必ず提出してください

資生堂健康保険組合 御中

傷病手当金請求にともなう本人状況報告書（初回請求添付書類）

傷病手当金の請求をする状況は下記のとおりです。（令和 年 月 日現在）  
（社員番号 ）

記号	番号	住所・電話番号	フリガナ	
		〒 電話番号	氏名	印
①	職場での具体的な業務の内容を記入してください			
②	職務に就けなかった理由を記入してください			
③	申請期間中の症状等を記入してください			
④	日常生活状況等を記入してください			
⑤	発病または負傷原因の種別を記入してください		<input type="checkbox"/> 交通事故（第三者行為・自損） <input type="checkbox"/> 第三者行為（けんか・食中毒・暴力など） <input type="checkbox"/> 労災・通勤災害（申請予定・申請中） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
⑥	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みます）		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
⑦	⑥で「ある」と答えた場合 受給していた健保名を記入してください		<input type="checkbox"/> 資生堂健康保険組合 <input type="checkbox"/> 以前加入していた健保（健保名を記入） <div style="text-align: right;">健康保険組合</div>	
⑧	⑥で「ある」と答えた場合 受給していた期間を記入してください 受給の要因となった傷病名を記入してください。		年 月 日 から 年 月 日 まで	傷病名
⑨	「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金
⑩	⑨で「はい」または「申請中」の場合 支給事由となった傷病名を記入してください		傷病名	
⑪	「老齢厚生年金」を受給していますか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> いいえ	
※「障害厚生年金」または「障害手当金」または「老齢厚生年金」を受給している場合は、日本年金機構発行の最新の「年金証書の写し」「年金振込通知書の写し」を添付してください。				