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）

（従業員番号： 0000000 ）今般、傷病手当金を申請するための添付書類は以下の内容です。

被保険者証	記 号	○○○	被保険者氏名	花椿 太郎	印 花椿
	番 号	000000000	生年月日	昭和 00 年 00 月 00 日	
現住所・電話番号 （療養中の連絡先）	〒000−0000 ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ TEL（市外局番から） 00 ― 0000 ― 0000				
具体的な業務の内容	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○				
今回請求されている 傷病手当金の傷病名 （複数の場合は全て記入）	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○				
発病または負傷の原因の種別	1．交通事故（第三者行為・自損） (2.) 第三者行為（けんか・食中毒・暴力など） 3．労災・通勤災害 □申請予定 □申請中 4．その他（ ）				
入院または通院状況	平成 00 年 00 月 00 日現在 入院を 1．している（ 月 日～） 2・していない 通院を (1.) している（ 00 月 00 日～） 2．していない				
障害厚生年金の受給	(1.) ある 2．なし 3．手続中 （あるの場合は、裁定通知書の写しを添付） 受給期間 平成 00 年 00 月 00 日～平成 00 年 00 月 00 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				
老齢年金の受給	1．ある （あるの場合は、裁定通知書の写しを添付） (2.) なし				
	支給事由となった傷病名		初回受給年月日		
	年金額／年		基礎年金番号		

提出日 平成 00 年 00 月 00 日

2008.10.01