

傷病手当金請求に伴う状況報告書 兼 同意書

傷病手当金の初回の請求書に添付してください。

年 月 日

被保険者証の 記号番号	記号	番号						被保険者氏名	
事業所名							生年月日 (年齢)	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	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)		1. ある 2. ない ↓	
2	上記 1 で「ある」の 場合	受給した健保名または 勤務していた会社 名	☐ 静岡鉄道健康保険組合 ☐ その他の健保→名称を記入() または勤務していた会社名 ()	
		受 給 期 間	年 月から 年 月まで ※わからない場合はおおよその期間を記入してください。	
		受給した傷病名	1) 2)	
3	今回請求の傷病名	1) 2)		
4	請求期間中の症状等 (詳しく記入)			
5	医師から指示されている 療養の内容 (詳しく記入)			
6	職種および具体的な 業務内容			
7	職務につけなかった 理由			
8	医師から指示されている 療養見込み期間	1. 年 月 初旬・中旬・下旬頃 または) 日頃まで 2. その他 ()		

※ 記入された内容により、被保険者に内容の詳細を照会したり、追加の書類を求める場合があります。

※ 傷病手当金支給決定のため、当組合が関係諸機関（医療機関の担当医や以前に加入していた健康保険の保険者等）に内容の確認や意見補足などのため照会する場合があります。下記「同意書」に署名をお願い致します。

同意書

私は貴組合が傷病手当金支給決定のため、関係諸機関に対して照会することに同意致します。

令和 年 月 日

静岡鉄道健康保険組合 理事長殿

被保険者氏名(自署)

疾病等により自署が困難な場合
は代理人署名

