

令和 年 月 日

北越コーポレーション健康保険組合 御中

84

傷病手当金請求に伴う状況報告書

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)

被保険者氏名					印	S・H・R 年 月 日生
被保険者証	記号	番号				( 歳 )
①	今まで傷病手当金を受給したことがありますか。				1. ある	2. ない
②	①で「ある」場合	受給した健保名: □北越コーポレーション健康保険組合 □その他→名称を記入 ( 健康保険組合 )				
		受給した期間: 年 月 日 ~ 年 月 日まで *はっきりわからない場合はおおよその期間を記入して下さい。				
③	今回申請されている傷病手当金について	傷病名①		発病・負傷	年 月 日	
		傷病名②		年 月 日	年 月 日	
④	入院・通院状況①	病院名	入院	1. している( 日/月位)	2. していない	
	入院・通院状況②	病院名	入院	1. している( 日/月位)	2. していない	
⑤	療養の状況	医師の指導事項、注意等				
⑥	障害年金について (障害手当金含む)	1. 受給している 2. 受給したことがある 3. 受給予定である(裁定請求中) 4. 受給したことがない			傷病名	受給期間 年 月 日から 年 月 日まで
		* 受給している場合は、裁定通知書の写しを添付して下さい。受給予定者は、裁定通知後、すみやかに提出して下さい。				
⑦	老齢年金について	1. 受給している 2. 受給予定である(裁定請求中) 3. 受給していない			老齢年金の名称	受給期間 年 月 日から 年 月 日まで
		* 受給している場合は、裁定通知書の写しを添付して下さい。受給予定者は、裁定通知後、すみやかに提出して下さい。				
⑧	⑥⑦以外の労働保険 社会保険の給付金	年金の名称(受給中若しくは受給請求中(若しくは予定)の場合、記載願います。)			受給期間 年 月 日から 年 月 日まで	

同意書

私は、北越コーポレーション健康保険組合が、健康保険法に定める傷病手当金の支給決定に当たり、下記の事項について同意します。

- ・北越コーポレーション健康保険組合が、以前、私の加入していた保険者に対し、私の資格、給付歴及びこれらに係る一切の事項について照会を行い、照会を受けた保険者が北越コーポレーション健康保険組合に対して回答すること。
- ・北越コーポレーション健康保険組合が、私の過去、現在の受診した医療機関等に対し、傷病手当金に係る診療内容等の照会を行い、照会を受けた医療機関等が北越コーポレーション健康保険組合に対して回答すること。
- ・北越コーポレーション健康保険組合が、私の過去、現在の在職していた若しくは在職している事業所に個人情報に関する照会を行い、照会を受けた事業所が北越コーポレーション健康保険組合に対して回答すること。

北越コーポレーション健康保険組合 御中

令和 年 月 日

被保険者 住所

被保険者 氏名

印