

## 傷病手当金請求に伴う状況報告書兼同意書（初回申請時添付）

傷病手当金を新規に請求されるときは、本紙を記入のうえ申請書に添付してください。

保険証 記号・番号	—	被保険者氏名	
工場名		生年月日・年齢	
職種		従事内容	
過去の傷病手当金受給の有無	□ある □ない		
「ある」の場合、受給していた傷病名			
受給していた期間	年 月 ～ 年 月		
受給していた保険者の名称	□日本飛行機健康保険組合 □（ ）		
今回の傷病名			
発病または負傷の原因			
負傷の場合は発生場所、負傷に至った経緯を詳しく記入してください			
第三者の行為によるものですか	□はい □いいえ		
通勤途上や業務上のものですか	□はい □いいえ		
現在の症状と医師から指示されている療養（入院・通院）の内容についてできるだけ詳しく記入してください			
今回の傷病によって職務につけなかった理由			
年金について 受給状況を記入してください	□受給中である ⇒ □障害年金 □老齢年金 □請求中である（ 年 月 日から受給予定） □受給していない		

この報告書は健康保険法第59条（文書の提出等）に基づいて行っており利用目的以外で使用することはありません。記入された内容により、当健保組合より内容の詳細について照会したり、追加の添付書類を依頼することがあります。また、傷病手当金支給決定のため、当健保組合が関係諸機関（医療機関の担当医、以前加入の健保組合等）に内容の確認や意見補足のため状況照会をする場合があります。下記の「同意書」に署名捺印をお願いいたします。

## 同意書

私は貴健保組合に対し傷病手当金を請求しており、支給決定に際し貴健保組合が関係諸機関に対して照会を行い、照会を受けた関係諸機関が貴健保組合に対して回答することに同意いたします。（なお、本書の写しについて、日本飛行機健康保険組合の印がある場合のみ有効といたします。）

年 月 日

日本飛行機健康保険組合 理事長殿

記号 番号

被保険者氏名 印

生年月日 昭和・平成 年 月 日

〈健保組合記入欄〉この同意書の写しは、被保険者の同意書原本と相違ないことを証明する。

日本飛行機健康保険組合 理事長 印