

傷病手当金第1回目の申請書に併せて提出してください

(和暦) 年 月 日

傷病手当金申請に伴う本人状況報告書(初回申請用)

カシオ健康保険組合が傷病手当金の審査を行う際、健康保険法で定められている同一の傷病での支給期間(1年6ヶ月)を超えていないかまた、過去の受給の継続なのか再発なのかを判断するために必要な情報になりますのでご記入をお願いします。

※ 同意書の提出は必須です。

※ 日付は全て和暦でご記入ください。

①	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まれます)	
	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
①で「ある」と答えた場合		
	受給した健保名	<input type="checkbox"/> カシオ健保 <input type="checkbox"/> その他 ⇒ 組合名称を記入()
②	受給した期間(和暦)	年 月 日 から 年 月 日 まで 年 月 日 から 年 月 日 まで
	受給した傷病名	
今回申請されている傷病手当金の、「傷病名」・「発病または負傷年月日」・「通院状況」を記入してください		
③	傷病名	
	発病または負傷年月日(和暦)	年 月 日 頃
	通院状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中(週間に 回) <input type="checkbox"/> 通院していない
④	第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 自損事故 <input type="checkbox"/> その他(暴力等)
	業務上・通勤途上のものでしょうか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
⑤ 上記の傷病で就労不能となった日を記入してください(有休を含め休み始めた日を記入してください)		
	就労不能となった日(和暦)	年 月 日 から就労不能
⑥ 発病または負傷の原因を記入してください		
⑦ 職場での具体的な仕事の内容を記入してください		
⑧ 今回の傷病によって職務に就けなかった理由を記入してください		
⑨ 現在の症状と医師から指示されている療養の内容を詳しく記入してください		
※この調査は健康保険法第59条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。 ・記入漏れの場合は健康保険法第121条により、虚偽申告の場合は同第120条により傷病手当金の支給ができません。 ・記入された内容によりカシオ健康保険組合が内容の詳細について照会したり、追加書類を求めることがあります。 ・傷病手当金決定のためカシオ健康保険組合が関係諸機関に内容の確認や意見補足のため照会する場合があります。		

確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
<input type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
	※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合

傷病手当金を申請する状況は上記のとおりです。(和暦) 年 月 日 現在)

記号 番号

被保険者氏名