

傷病手当金請求に伴う状況報告書（初回添付）

被保険者証 記号一番号		被保険者氏 名	
事業所名		生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日 歳
職種		従事内容	

この書類は、労務不能の状況の確認や給付制限に該当しないか等を判断する資料の一部となりますので、記入がない場合は審査ができません。全ての項目について正確に詳しく記入してください。

今回請求の傷病名	
発病または負傷の原因や発生場所について	
第三者の行為によるものですか	いいえ ・ はい
通勤途上や業務上のものですか	いいえ ・ はい
現在の症状や医師から指示されている療養 (入院・通院)の内容について詳しく記入	
過去の傷病手当金受給の有無	ない ・ ある
前の設問で「ある」の場合	・OTG健保で受給 ・OTG健保以外で受給 保険者の名称： 受給期間： 受給した傷病名：
障害手当金や障害厚生年金の受給の有無	なし ・ 手続中 ・ あり
(資格喪失者の場合)老齢厚生年金の受給の有無	なし ・ 手続中 ・ あり

※ 記入された内容により、当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、当組合が関係諸機関(医療機関の担当医、以前加入の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状況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

私は貴組合に対し傷病手当金を請求中ですが、この傷病手当金支給決定のため、貴組合が関係諸機関に対して照会することに同意します。(なお、本書の写しについては、OTG健康保険組合の印がある写しに限り有効とします。)

令和 年 月 日

O T G 健康保険組合理事長 殿

記号 番号

(生年月日 昭和・平成 年 月 日)

氏名 印

《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。

O T G 健康保険組合 印

※同意書をご提出していただけない場合は、保険給付の全部又は一部をおこなわないことがあります。

※この調査は健康保険法第59条(文章の提出等)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。