

健康保険 傷病手当金(初回)請求に伴う状況報告書兼同意書

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、黒崎播磨健康保険組合が関係機関(医療機関や前加入保険者等)に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意致します。

なお、照会先が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

1 黒崎播磨健康保険組合へ加入する前に、傷病手当金を受給されたことがありますか？

はい いいえ



(1-1) 「はい」と回答された方にお尋ね致します。

傷病手当金を受給された健康保険組合等の名称と加入期間について下記にご記入をお願い致します。

・ 健康保険組合等の名称

・ 加入期間

年 月 日 から 年 月 日

(1-2) 傷病手当金の受給期間と傷病名について下記にご記入をお願い致します。

・ 傷病名

・ 受給期間

年 月 日 から 年 月 日

傷病手当金支給申請に伴う誓約書

このたび、傷病手当金を支給申請するにあたり、以下の事項を遵守することを誓約致します。

1. 傷病手当金受給中に「障害年金・障害手当金」「老齢年金」「労災休業給付金」のいずれかの給付が決定した場合は黒崎播磨健康保険組合に遅延なく報告し、裁定通知書又は給付金支給決定通知書等の写しを提出致します。

2. 「傷病手当金の支給申請と同一の疾病による障害年金・障害手当金」「老齢年金」を受けた場合はその額を限度に傷病手当金の一部又は全額を返納致します。

3. 「労災休業給付金」の給付を受けた場合は傷病手当金の全額を返納します。

黒崎播磨健康保険組合 理事長 殿

年 月 日

被保険者等(記号) (番号)

被保険者住所

被保険者氏名