

●第1回目の請求(初回のみ)に併せて提出してください

年 月 日

エイベックス・グループ健康保険組合理事長 殿

傷病手当金請求に伴う申請報告書

①	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
②	①で「ある」と答えた場合 受給していた健保名を記入して下さい。	<input type="checkbox"/> エイベックス・グループ健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他(以前加入していた健保名称を記入) 【名称 : _____】
③	①で「ある」と答えた場合、受給していた期間 (おおよその期間)、および受給要因となった 傷病名を記入してください。	_____年 ____月 ____日 から _____年 ____月 ____日 まで 【傷病名: _____】
④	「障害厚生年金」または「障害手当金」を 受給していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金
⑤	④で「はい」または「請求中」と答えた場合 受給要因となった傷病名を記入してください	傷病名 _____
⑥	職場での具体的な仕事の 内容を記入してください	
⑦	職務に就けなかった理由 を記入して下さい。	
⑧	申請期間中の症状等 を記入してください	
⑨	日常生活状況・その他 ※ 任意回答欄 ※	
⑩	日中の連絡先	電話番号: _____ メールアドレス: _____
⑪	備考欄(連絡事項等ございましたらご記入ください)	

※④を受給している場合は、日本年金機構発行の最新の年金証書の写し、年金振込通知書の写し
受給事由となった傷病名の分かる書類(障害者手帳等)の写しを添付してください。

傷病手当金の請求をする状況は上記のとおりです。(_____年 ____月 ____日現在)

住 所

記 号

番 号

氏 名

※本紙に記載された個人情報は、傷病手当金を支給決定する目的のみに使用し、目的の範囲を超えての利用は致しません。