別添①

●第1回目の請求(初回のみ)に併せて提出してください

令和　　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。	□　ある　　□　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ください。	□　エイベックス・グループ健康保険組合 □　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。	平成 令和　年　月　日　から 平成 令和　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。	□　はい　　□　いいえ　　□　請求中 □　障害厚生年金　　□　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 を記入してください。	
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記入してください。)	

※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。(令和　　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にのみに使用し、目的の範囲を超えての利用は致しません。