

B I P R O G Y健康保険組合 御中

傷病手当金請求書を初めて提出するにあたっての申告書

(この申告書は、傷病手当金の初回請求時のみご提出をお願いしています。2回目以降の請求の際は必要ありません。)

被保険者証 記号・番号 _____

住 所 : _____

氏 名 : _____

印

メールアドレス (会社以外) : _____

| | |
|--------------------------|---|
| 確認欄 | 自署の場合は捺印を省略できます。その際、この届出は被保険者が作成したものであることの証明のため、左の確認欄へチェックを入れてください。 |
| <input type="checkbox"/> | |

1.入社時から現在までの状況について (中途入社含)

| 設問 | | 回答欄 | |
|----|---|--|-------|
| ① | 採用区分 (該当する右のいずれかに○) | a. 新卒 b. 中途採用 「b」と答えた場合は下記の前職情報を記入 | |
| | 前職の勤務先名 | 入社日 | 退職日 |
| | | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ② | 障害者雇用 ※2 (該当する右のいずれかに○) | a. 該当 (ア.身体、 イ.精神、 ウ.知的) b. 非該当 | |
| ③ | 休職に入った時点の勤務部署名 (右枠へ記入) | | |
| ④ | 休職に入った時点の職種と業務内容 (該当する上部右のいずれかに○をし、下部へ業務内容を記入) | a. 営業 b. S E c. スタッフ系 d. その他 _____ _____ _____ _____ _____ | |

| | | |
|---|--|--|
| ⑤ | 疾病発症原因についてどのように思われますか？ (右枠へ記入) | |
| ⑥ | 医師から療養についてどのような指導や指示を受けていますか？ ※3 (右枠へ記入) | |

※1 健保組合名が不明な場合は、ご自身で先の勤務先にご確認の上ご記入下さい。

※2 提供いただく理由は“原疾病・関連疾病、及び症状固定の有無について”確認するためとなります。

※3 医師から薬を処方された場合で、その指示に従って正しく薬を服用されていないと判断される時は傷病手当金をお支払いできないこともありますので、ご注意ください。

2. 傷病手当金の受給歴について

| 設問 | | 回答欄 |
|-----|-----------------------------------|-------------------------|
| ① | 当組合に加入期間中の受給の有無 (該当する右のいずれかに○) | a. 有 b. 無 |
| ②-1 | 前職の勤務先での受給の有無 (該当する右のいずれかに○) | a. 有 b. 無 |
| ②-2 | 前職の勤務先で受給歴がある場合は、その勤務先名と期間を記入 | 勤務先名 _____ 年 月 ~ 年 月 |

【留意事項】

- ・ 中途採用の場合、当健保組合は前職での受給歴の有無を文書で確認するため、審査に日数を要します。
- ・ 傷病手当金の受給歴がある場合、前回の疾病と今回の疾病の関係性を審査する必要から審査に日数を要します。

3. その他

| 設問 | | 回答欄 |
|----|---|-------------------------------|
| ① | 今回ご提出いただいた傷病手当金請求期間中、傷病手当金と同一疾病で労災保険（※4）から休業補償給付を受けていますか。 (該当する右のいずれかに○) | a. はい b. 申請中 c. いいえ |

※4 労災保険は、LTD 制度（団体長期障害所得補償保険）とは異なります。

以上