

「健康保険 加入履歴申告書」について

あなたは当組合に加入後3年未満のため、今回と同一もしくは類似疾病で過去に傷病手当金・同付加金を受給した事があった場合は状況により、以前加入していた保険者宛てに、傷病手当金の受給履歴等を確認および、医師等にも意見を伺う必要があります。下記の照会事項に回答の上「傷病手当金・傷病手当付加金請求書」と併せて提出してください。

記

【 照会事項 】

- ◎ あなたがイマジカ健康保険組合に加入する前の健康保険はどのような保険ですか？
「履歴①」に加入していた健康保険についてご記入ください。
なお、「履歴①」に加入していた健康保険の加入期間が3年以上ある場合は、「履歴②」への記入は不要です。
- ◎ イマジカ健康保険組合に加入する前に、傷病手当金等を受給していましたか？
受給していた場合は、「有」にチェックをし、傷病手当金等の受給対象となった傷病名、受給期間を記入してください。
- ◎ 医師や事業主に照会が必要となった場合のために、必ず同意の署名をお願いします。
- ◎ 「健康保険 加入履歴申告書」と「傷病手当金・傷病手当付加金請求書」は必ずセットにして請求してください。

【 問い合わせ先 】

〒140-0002

東京都品川区東品川 3-13-6

IMAGICA Lab.品川プロダクションセンターRビル 2階

TEL:03-5479-2220 / FAX:03-5479-2221

イマジカ健康保険組合

傷病手当金第1回目の申請書に併せて提出してください

令和 年 月 日提出

イマジカ健康保険組合 御中

健康保険 加入履歴申告書

傷病手当金の請求にあたり、下記事項について次のとおり回答致します。

記号・番号	被保険者氏名	資格取得年月日	昭和 平成	年	月	日
—		事業所名				

◎ 健康保険の加入履歴を記入し、該当項目に✓を入れてください。

履歴 ①	加入期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日				
	加入していた健康保険の ・本人家族の別 ・加入健保の種別 ・記号番号 ・傷病手当金受給実績の有無・傷病名・期間	<input type="checkbox"/> 本人 / <input type="checkbox"/> 家族			傷病手当金受給実績	
		<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 (支部)			<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 国民健康保険			傷病名 ()	
		<input type="checkbox"/> 他の組合・共済 ()			受給期間	
勤務先名称・所在地 (本人の場合は必須)		名称				
		所在地				
履歴 ②	加入期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日				
	加入していた健康保険の ・本人家族の別 ・加入健保の種別 ・記号番号 ・傷病手当金受給実績の有無・傷病名・期間	<input type="checkbox"/> 本人 / <input type="checkbox"/> 家族			傷病手当金受給実績	
		<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 (支部)			<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 国民健康保険			傷病名 ()	
		<input type="checkbox"/> 他の組合・共済 ()			受給期間	
勤務先名称・所在地 (本人の場合は必須)		名称				
		所在地				

傷病手当金支給決定のため、当健保が以前加入の医療保険および担当医師等に状況を照会する場合があります。下記【同意書】に、署名・捺印をお願いします。

【同意書】

わたしは、貴組合が傷病手当金の支給について関係諸機関に照会することに同意します。後日本件については、貴組合に対して一切の異議・請求等申し立てをしません。なお、本書の写しも有効とします。

令和 年 月 日

住所： 〒 —

氏名：

*他健保の被保険者であった期間のある方は、他健保に対して給付に関する照会を行うことがあり、その内容によっては今回ご請求の傷病手当金が不支給になる場合があります。
*この調査は健康保険法第59条（文書の提出等）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。