

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

平成 30 年 9 月 7 日提出

イマジカ健康保険組合 御中

Sample

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	29 年 7 月 7 日
149 - 12345	健康 花子	事業所名	株式会社イマジカデジタルスケープ	

◎ 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 28 年 6 月 1 日 ~ 平成 29 年 7 月 7 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 checked="" type="checkbox"/> 本人 / <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 (支部) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 他の組合・共済 (○△電機健康保険組合) <input checked="" type="checkbox"/> 記号・番号 (1611 - 25991)	傷病手当金受給実績 <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 傷病名 (適応障害) 受給期間 29 年 1 月 ~ 29 年 3 月	
	勤務先名称・所在地 (本人の場合は必須)	名称	○△電機株式会社	
		所在地	東京都日野市××町△△3-2-1	
履歴②	加入期間	平成 28 年 1 月 1 日 ~ 平成 28 年 6 月 1 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 checked="" type="checkbox"/> 家族 <input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会 (埼玉 支部) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 他の組合・共済 () <input checked="" type="checkbox"/> 記号・番号 (わかりません。)	傷病手当金受給実績 <input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 傷病名 () 受給期間 年 月 ~ 年 月	
	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。

平成 30 年 9 月 7 日

住所： 〒 141 - 0022
東京都品川区東五反田 1-2-3-405

氏名： 健康 花子

※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。