

傷病手当金請求に伴う医療保険加入状況等報告書 (初回申請時のみ)

被 保 険 者	記号	番 号	氏 名
	20	555555	健康太郎

◎ 中国電力健康保険組合に加入前に健康保険の被保険者として加入していた履歴を記入

※4か所以上ある場合、直近の3か所分についてご記入ください。ただし、国民健康保険は除きます。

※記号・番号がわからない場合は、その欄は記入せずご提出ください。

1	加入期間	平成25年4月1日 ~ 令和3年3月31日			
	医療保険の名称	全国健康保険協会 広島支部			
	記号・番号	記号	広123	番号	123456
	傷病手当金受給	受給していない・受給していた (傷病名: うつ病)			
	勤務先情報	(名称) ○▽□△株式会社 (電話) 082 - 123 - 1234			
2	加入期間	平成23年4月1日 ~ 平成24年3月31日			
	医療保険の名称	○○○○健康保険組合			
	記号・番号	記号	99	番号	999999
	傷病手当金受給	受給していない・受給していた (傷病名: )			
	勤務先情報	(名称) _____ (電話) _____			
3	加入期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	医療保険の名称				
	記号・番号	記号		番号	
	傷病手当金受給	受給していない・受給していた (傷病名: )			
	勤務先情報	(名) _____ (電) _____			

必ずご記入ください。  
記入漏れの場合は、返却させていただきます。

被 保 険 者 確 認 欄	<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。
		① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

※傷病手当金支給決定のため、当健保が以前加入の健康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。

※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。