

状況照会書

※以前に加入していた健康保険で傷病手当金を受給したことが無い方は、提出を省略可能です。

保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書等に記載されています。

記号-番号	〇〇-〇〇〇	被保険者氏名(自著)	健保 太郎
被保険者住所	〒 住所は被保険者お住まいの住所、電話番号は日中連絡が取れる番号を記入ください。 TEL ()		
令和2年7月2日以降に傷病手当金を受給した健康保険組合等の情報をご記入ください。 ※ただし、YG健康保険組合加入後は記入不要です。			
履歴①	保険者(健康保険組合等)の名称	〇〇健康保険組合	
	保険証の記号番号	123-4567	
	加入区分	本人 <input type="checkbox"/>	被扶養者 <input checked="" type="checkbox"/> (被扶養者)
	勤務先の名称		
履歴②	保険者(健康保険組合等)の名称	〇〇健康保険組合	
	保険証の記号番号	765-4321	
	加入区分	本人 <input checked="" type="checkbox"/>	被扶養者 <input type="checkbox"/> (被扶養者だった場合、以下記入不要です。)
	勤務先の名称	〇〇株式会社	
履歴③	保険者(健康保険組合等)の名称		
	保険証の記号番号		
	加入区分	本人 <input type="checkbox"/>	被扶養者 <input type="checkbox"/> (被扶養者だった場合、以下記入不要です。)
	勤務先の名称		
履歴④	保険者(健康保険組合等)の名称		
	保険証の記号番号		
	加入区分	本人 <input type="checkbox"/>	被扶養者 <input type="checkbox"/> (被扶養者だった場合、以下記入不要です。)
	勤務先の名称		

加入していた保険者や保険証の記号番号が不明な場合は、お勤めだった会社または加入されていた健康保険組合等にお問い合わせください。協会けんぽに加入していた方は、支部名(都道府県)までご記入ください。

上記のとおり、相違ありません。

被保険者氏名(自著)

※取得した個人情報は、保険給付金支給決定の目的以外には利用いたしません。

※必要に応じ、上記の記載項目以外にも確認をお願いする場合があります。