

<提出が必要な方>

傷病手当金支給申請書⑩欄の申請期間が、当組合の資格取得日から1年未満の方(新卒者除く)

※上記以外でも提出を依頼する場合があります。

※必ず同意書と合わせて、初回の傷病手当金支給申請書に添付してご提出ください。

## 『状況照会書』

(資格取得直後の請求の場合)

被保険者証 記号・番号	○ — ○○○	被保険者 氏名(自著)	健保 太郎
被保険者住所	〒 住所は被保険者のご自宅の住所、電話番号は日中つながる電話番号をご記入ください。 TEL ( )		
入社日	昭和 平成 令和 30年10月1日		
採用時の健康状態	健康診断の有無：有・無 「無」の場合の健康状態( )		
入社前の勤務歴	※入社日と①の間の期間が空いている場合は、その時に加入していた保険に☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 健康保険任意継続被保険者 (健康保険組合・協会けんぽ加入) <input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 (市区町村名 ○○区 ) <input type="checkbox"/> 健康保険被扶養者 (健康保険組合・協会けんぽ加入) <input type="checkbox"/> 健康保険未加入		
	① 入社前の 直近の勤務先名称	○○株式会社	
	入社前の直近の勤務先で 勤務した期間	昭和・平成・令和 25年4月1日 ～ 昭和・平成・令和 30年7月31日	
	入社前の直近の勤務先で 加入していた保険者(健康 保険組合等)の名称	○○健康保険組合	
	入社前の直近の勤務先で 加入していた保険証の記 号番号	123-4567	
※①の勤務した期間が1年未満の場合は前々歴を②↓にご記入ください。			
②	勤務先の名称		
	勤務した期間	昭和・平成・令和 年 月 日 ～ 昭和・平成・令和 年 月 日	
	保険者(健康保険組合 等)の名称		
	保険証の記号番号		
傷病手当金受給歴	入社日以前の傷病手当金の受給の有無について 1. 受給歴有り → 傷病名 ( ○○○○ ) 受給期間 (平成 28年6月10日～平成 29年2月15日) 受給時の保険者 (①と同じ・②と同じ・①②以外 ) ※「①②以外」の場合は下記に保険者名、記号番号を記入してください。 保険者 (健康保険組合等) の名称： 健康保険被保険者証の記号・番号： 2. 受給歴無し		
今回の傷病の初診日	平成 令和 31年3月10日		

健康診断を受けていない場合は、採用時の健康状態をできるだけ詳しくご記入ください。

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にお問い合わせください。協会健保に加入していた方は、支部名までご記入ください。

上記①、②の勤務期間に関わらず、過去における傷病手当金の受給の有無についてご記入ください。

上記のとおり、相違ありません。

令和 1年 5月 20日

被保険者氏名(自著)

健保 太郎

※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。

Y G 健康保険組合

R3.2.1