

健康保険加入履歴申出書(当組合で資格を取得してから2年未満で傷病手当金を請求される方)

傷病手当金は加入する健康保険が変わったとき、支給開始日等の情報を以前加入していた健保組合等から継続する場合があります。当組合に加入されてから2年未満で請求される方は、支給可否の審査にあたり、前健保組合等での支給状況を確認する必要があります。以下の欄すべてを記入し提出してください。なお、支給可否の審査は、この申出書が提出され前健保組合等に照会の後、開始となります。

記入日 令和 年 月 日

記号番号	—	氏名	
社員番号		生年月日	昭・平 年 月 日
住所	〒 —		
会社名			

健康保険の加入歴等									
前健保組合等	加入期間		昭・平・令 年 月 日 ～ 昭・平・令 年 月 日 1から3に該当するものを選択・記入してください						
	1	健康保険組合等	協会けんぽ（ ）支部・（ ）健保組合・（ ）共済組合						
		保険証の記号・番号	—			傷病手当金の受給		あり・なし	
		被保険者として加入していた	☐	会社名				被扶養者であった(扶養家族)	☐
	会社所在地								
2	国民健康保険	都道府県（ ）市区町村（ ）			3	健康保険未加入			
前々健保組合等	加入期間		昭・平・令 年 月 日 ～ 昭・平・令 年 月 日 1から3に該当するものを選択・記入してください						
	1	健康保険組合等	協会けんぽ（ ）支部・（ ）健保組合・（ ）共済組合						
		保険証の記号・番号	—			傷病手当金の受給		あり・なし	
		被保険者として加入していた	☐	会社名				被扶養者であった(扶養家族)	☐
	会社所在地								
2	国民健康保険	都道府県（ ）市区町村（ ）			3	健康保険未加入			
それ以前	加入期間		昭・平・令 年 月 日 ～ 昭・平・令 年 月 日 1から3に該当するものを選択・記入してください						
	1	健康保険組合等	協会けんぽ（ ）支部・（ ）健保組合・（ ）共済組合						
		保険証の記号・番号	—			傷病手当金の受給		あり・なし	
		被保険者として加入していた	☐	会社名				被扶養者であった(扶養家族)	☐
	会社所在地								
2	国民健康保険	都道府県（ ）市区町村（ ）			3	健康保険未加入			

【記入上の注意】

- ・ 加入日より前の直近2年間の職歴および健康保険の加入状況について空白期間なく記入してください
- ・ 社会保険に加入していた期間で保険者の名称、健康保険の記号と番号などが不明なときは、以前勤務していた会社にお問い合わせください。未記入では支給審査をすすめることができませんので、必ずご記入ください
- ・ 用紙が不足するときは複数枚ご用意いただき記入してください
- ・ 取得した個人情報、保険給付金支給決定の目的以外には利用しません