

取得日前調査書 (当組合で資格を取得してから1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を変更されたとき、支給開始日等の情報を以前加入していた健康保険から引継ぐ場合があります。当組合へ加入されてから1年未満で請求される方は、支給決定に際し必要なため記入をお願いいたします。

なお、取得日前調査書ならびに同意書の添付がないと、内容審査が進められず支給決定にお時間をいただくこととなりますので必ずご添付ください。

※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いたしません。

※必要に応じ、以下の記載項目以外にも確認をお願いする場合があります。

被保険者証 記号・番号	—	被保険者氏名	
被保険者住所	〒 — Tel ()		
入社日	令和 年 月 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、その時加入していた健康保険に✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 (市区町村名) <input type="checkbox"/> 健康保険未加入 <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"/> 健康保険任意継続被保険者 (健康保険組合・協会けんぽ加入)		
	①勤務先の名称： _____ 勤務した期間：昭・平・令 年 月 日～昭・平・令 年 月 日 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： _____		
	※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・平・令 年 月 日～昭・平・令 年 月 日 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： _____		
病歴	入社日以前の傷病手当金の受給の有無について 1. 受給歴あり⇒傷病名 () 受給期間 (平・令 年 月 日～平・令 年 月 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. 受給歴なし		
今回の傷病の初診日	平成・令和 年 月 日		

上記のとおり、相違ありません。

令和 年 月 日

被保険者氏名 _____