

■取得接近調査書（当健保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、加入する健康保険が変更になったとき、支給開始日等の履歴を以前加入していた健康保険から引き継ぐ場合があります。

この調査書は、傷病手当金の支給可否決定に際し必要なため、以下を記入しご提出ください。

記号・番号 -

被保険者氏名 (生年月日：昭和・平成 年 月 日)

■健康保険加入履歴

(当健保に加入する前の直近3年以内の職歴(健康保険加入履歴)を記入してください。)

当健保加入日	令和 年 月 日	
※ 当健保加入日と①の間に期間が空いている場合は、その時に加入していた健康保険		
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(市区町村名 )	
	<input type="checkbox"/> 前職の健康保険任意継続被保険者	
	<input type="checkbox"/> 家族等の被扶養者 <input type="checkbox"/> 健康保険未加入	
①	勤務先名称	
	在籍期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
	健康保険名称	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ _____ 支部
		<input type="checkbox"/> _____ 健康保険組合
		<input type="checkbox"/> 国民健康保険(市区町村名 )
	保険証記号・番号	記号 _____ 番号 _____ <input type="checkbox"/> 不明
傷病手当金の受給	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
②	勤務先名称	
	在籍期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
	健康保険名称	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ _____ 支部
		<input type="checkbox"/> _____ 健康保険組合
		<input type="checkbox"/> 国民健康保険(市区町村名 )
	保険証記号・番号	記号 _____ 番号 _____ <input type="checkbox"/> 不明
傷病手当金の受給	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
③	勤務先名称	
	在籍期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
	健康保険名称	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ _____ 支部
		<input type="checkbox"/> _____ 健康保険組合
		<input type="checkbox"/> 国民健康保険(市区町村名 )
	保険証記号・番号	記号 _____ 番号 _____ <input type="checkbox"/> 不明
傷病手当金の受給	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	

上記のとおり、相違ありません。

令和 年 月 日

(〒 - )

住 所 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_