

(当組合で資格を取得してから3年未満で傷病手当金を請求される方) ※新卒を除く

加入先確認書

傷病手当金を受給する方が、過去に別の健康保険組合などから受給をしていた場合、支給開始日や支給日数などの情報を引き継いで手続きを行う場合があります。

当組合へ加入されてから3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、「加入先確認書」ならびに「照会同意書」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。

記号・番号 ※枝番号記入不要	—	被保険者 氏 名		生年月日	昭・平 年 月 日
被 保 険 者 住 所	〒 TEL ()				
入 社 日	令和 年 月 日				
入 社 前 の 勤 務 歴	①前職について 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： 記 号 ・ 番 号 —				
	※①の勤務した期間が1年未満の場合は前々職を②↓にご記入ください。 ②前々職について 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： 記 号 ・ 番 号 —				
	※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レ印をつけてください。 ☐ 国民健康保険（市区町村名 ） ☐ 健康保険未加入 ☐ 健康保険被扶養者 ☐ 健康保険任意継続被保険者				
	上記期間の状況について該当するものに✓印をつけてください。 ☐ 自営業またはアルバイト等をしていた ☐ 雇用保険受給または就職活動をしていた ☐ 体調不良により療養していた ☐ その他（ ）				
今回の傷病の初診日	平成 ・ 令和 年 月 日				