

記入例

【例】現在の事業所の入社日：2024年4月1日

【過去の歴】

2022年4月1日～2023年1月31日
(株)〇〇商事 勤務 / 社保加入

2023年2月1日～2024年3月31日
無職 / 国保加入

の方の場合

※過去の加入していた保険者名称や記号・番号が分からない場合は、当時勤務されていた会社(事業所)にご確認ください

過去全ての傷病手当金の受給歴を
ご記入ください。

こちらは必ず
自筆でご記入ください。

現在の事業所に入社して1年以内の方は、第1回目の「傷病手当金請求書」と併せて提出してください。

傷病手当金・現況確認書兼同意書

健康保険 記号・番号	○ - 123	被保険者氏名	日清 太郎
---------------	---------	--------	-------

A.健康保険の加入状況

(現在の事業所に入社する前(過去2年間)の健康保険加入状況及び職歴についてご記入ください。複数ある場合①～③に記入)

①	加入期間	2022年4月1日～2023年1月31日	無保険のとき	☒	☐
	保険者の名称	協会けんぽ 支部・〇〇 健保組合・国民健康保険 市区町村			
	健康保険証記号・番号	〇 - 〇〇	傷病手当金の受給	☒ あり	☐ なし
	社会保険加入のとき	会社名 (株)〇〇商事	会社所在地	東京都港区〇-〇-〇	
	家族の扶養であったとき	被保険者名	備考		
②	加入期間	2023年2月1日～2024年3月31日	無保険のとき	☒	☐
	保険者の名称	協会けんぽ 支部・〇〇 健保組合・国民健康保険 市区町村			
	健康保険証記号・番号	-	傷病手当金の受給	☐ あり	☒ なし
	社会保険加入のとき	会社名	会社所在地		
	家族の扶養であったとき	被保険者名	備考		
③	加入期間	年 月 日 ～ 年 月 日	無保険のとき	☒	☐
	保険者の名称	協会けんぽ 支部・ 健保組合・国民健康保険 市区町村			
	健康保険証記号・番号	-	傷病手当金の受給	☐ あり	☒ なし
	社会保険加入のとき	会社名	会社所在地		
	家族の扶養であったとき	被保険者名	備考		

B.傷病手当金の受給履歴

傷病手当金受給の有無	☒ あり・ ☐ なし	※「あり」の場合は以下1に記入してください。
受給要因となった傷病名	傷病名 (前腕骨折)	
受給期間	2022年12月頃～2023年1月頃	
受給時の保険者	☒ ①と同じ・ ☐ ②と同じ・ ☐ ③と同じ・ ☐ ①～③以外	
	※「①～③以外」の場合(保険者名)	
障害厚生年金受給の有無	☐ あり・ ☒ なし・ ☐ 請求中	
障害手当金受給の有無	☐ あり・ ☒ なし・ ☐ 請求中	

上記のとおり相違ありません。

令和5年5月1日 被保険者氏名 日清 太郎

『同意書』

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、関係機関に対し、日清食品グループ健康保険組合が給付記録等の照会を行うこと、また関係機関が傷病手当金の支給決定に必要な情報を日清食品グループ健康保険組合に対して提供することに同意いたします。

※尚、照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

令和5年5月1日

住所 東京都港区〇-〇-〇

被保険者氏名 日清 太郎

生年月日 昭和・平成 5年3月5日

【傷病手当金の支給について】

傷病手当金は支給が始まった日(支給開始日)から支給期間(実際に支給された期間)を通算して1年6か月の期間を限度として、支給されます。
支給開始日は、実際に傷病手当金の支給が開始された日となります。

※転職等により保険者が変わっても、同一の傷病については通算されます

