

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	—	被保険者氏名	
---------------	---	--------	--

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	年 月 日 ～ 年 月 日		無保険のとき <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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 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	
②	加 入 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日		無保険のとき <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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 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 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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 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	

・加入していた保険者名称等が分からない場合は、勤務されていた会社（事業所）にご確認ください。

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↓に記入してください。
受給要因となった傷病名	傷病名（ _____ ）
受 給 期 間	年 月 頃 ～ 年 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

(自署) 上記のとおり相違ありません。

年 月 日	被保険者氏名
-------	--------

『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。	
(自署)	令和 年 月 日
住所	
被保険者氏名	
生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日	