

取得接近調査書 (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

記入例

傷病手当金は加入する健康保険が変更したとき、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。
当組合へ加入してから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します。
なお、取得接近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になりますので必ずご添付ください。

※記入例につきましては当組合ホームページをご覧ください。
※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	〇〇 — 〇〇	被保険者 氏名	健保 太郎
被保険者 住所	〒 169-8516 東京都新宿区百人町〇-〇-〇		TEL 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
入社日	S・H・R 元年 5月 1日		
採用時の 健康状態	健康診断の有無： 有 ・ <u>無</u> 「無」の場合の健康状態（ <u>良好</u> ）		
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、その時に加入していた保険にし印をつけてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険（市区町村名 <u>新宿区</u> ） <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： <u>株式会社〇〇〇〇</u> 勤務した期間： S(H)R 30年 6月 1日 ~ S(H)R 30年 12月 31日 保険者（健康保険組合等）の名称： <u>全国健康保険協会〇〇支部</u> 健康保険被保険者証の記号・番号： <u>12345678-12</u>		
	※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： <u>株式会社□□□□</u> 勤務した期間： S(H)R 28年 4月 1日 ~ S(H)R 30年 5月 31日 保険者（健康保険組合等）の名称： <u>□□□健康保険組合</u> 健康保険被保険者証の記号・番号： <u>987-6543</u>		
	入社日以前の傷病手当金の受給の有無について <u>1</u> 受給歴有り → 傷病名（ <u>〇〇〇〇</u> ） 受給期間 (H)R 29年 11月 1日 ~ (H)R 30年 3月 31日 受給時の保険者（①と同じ <u>②と同じ</u> ・ 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. 受給歴無し		
今回の傷病の初診日	平成・ <u>令和</u> 元年 7月 10日		

◆提出が必要な方◆
傷病手当金支給申請書⑩欄の申請期間が、当組合資格取得日から1年未満の方（新卒者除く）
※上記ケース以外でも提出を依頼する場合があります。
※必ず同意書とあわせて、初回の傷病手当金支給申請書に添付してご提出ください。

「無」の場合の健康状態欄には採用時のできるだけ詳しい健康状態をご記入ください。
例：病名〇〇により通院していた等

「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」
上記の項目は当組合から記録照会を行う際に必ず必要な項目になります。
※不明な場合は、お勤めだった勤務先もしくは加入されていた健康保険組合へ直接お問い合わせください。
※全国健康保険協会（協会けんぽ）に加入されていた方は支部分までご記入ください。

ここでは上記①、②の勤務期間にかかわらず、過去における傷病手当金の受給の有無についてご記入ください。

◇問い合わせ先◇
関東ITソフトウェア健康保険組合 給付課 03-5925-530

上記のとおり、相違ありません。
令和 元年 8月 8日
被保険者氏名 健保 太郎 (印)