

対象者…取得日より3年未満の方が申請する場合

※ 第1回目申請時に必ず添付をお願いします

傷病手当を請求するにあたり、回答いたします。

令和 年 月 日 記号番号

氏 名

㊞

### 1. 傷病手当金受給について

過去に傷病手当金を請求したことがありますか。	「はい」の場合、ご記入ください 傷病名 _____
「はい」・「いいえ」 (どちらかに○をつける)	受給期間 年 月 日 ~ 年 月 日 請求した健康保険名 _____

### 2. 従前健康保険加入状況について

当健保組合資格取得前までの健康保険加入状況について下記に記入をお願い致します。

加入健保者名 (国保・協会けんぽ支部名・健康保険組合の名称)	( <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族) )		
記号・番号			
勤務していた事業所の名称			
資格取得日	資格喪失日	年 月 日	年 月 日

加入健保者名 (国保・協会けんぽ支部名・健康保険組合の名称)	( <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族) )		
記号・番号			
勤務していた事業所の名称			
資格取得日	資格喪失日	年 月 日	年 月 日

加入健保者名 (国保・協会けんぽ支部名・健康保険組合の名称)	( <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族) )		
記号・番号			
勤務していた事業所の名称			
資格取得日	資格喪失日	年 月 日	年 月 日

加入健保者名 (国保・協会けんぽ支部名・健康保険組合の名称)	( <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族) )		
記号・番号			
勤務していた事業所の名称			
資格取得日	資格喪失日	年 月 日	年 月 日

※5年前からのご就職先を新しいところから期間が空かないよう順に記入してください。