傷病手当金請求にともなう本人状況報告書（初回申請用）

被保険者等 記号・番号		被保険者の 氏　　名	
↑　記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入　⇒		ー　　ー	

キリン健保に加入する前、他健保の被保険者であった期間（ある・なしに○をし、必要事項を記入してください）

ある ※キリン健保加入から今回の申請までに2年を経過していない方は右にご記入ください。 なお、キリン健保加入から2年を経過している場合は分かる範囲でご記入ください。	健保の名称 （　）に名称を記入し、□にチェックをしてください	（　　） □ 全国健康保険協会（　　）支部		□ 国民健康保険組合 □ 健康保険組合 □ 社会保険事務所 □ 共済組合	
	加入時の記号番号	記号		番号	
	被保険者期間	年　月　日～　年　月　日			
	会社名および連絡先	TEL			
なし					

他健保の期間も含め、傷病手当金を受給した期間（ある・なしに○をし、必要事項を記入してください）

受給したことがある 複数ある場合は②に記入してください。	傷病名①	
	受給期間①	年　月　日～　年　月　日
	傷病名②	
	受給期間②	年　月　日～　年　月　日
受給したことがない		

同　意　書

保険者（キリンビール健康保険組合）が、給付の支給決定に関して必要があると認めたときは、文書その他の物件により、関係諸機関（医療保険者、医療機関、事業所、官公庁等）へ照会を行なうことに異議なく、本書をもって同意します。

後日、本件について貴組合に対して一切の異議・請求等の申立てをしません。

なお、照会先が複数となる場合、本書の写しも有効と認めます。

令和　　年　　月　　日

キリンビール健康保険組合　理事長　殿

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　年　　月　　日

被保険者氏名（自筆）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

この調査は健康保険法第59条（文書の提出等）に基づいて行なっており、利用目的以外で使用することはありません。

2025.4