

記入例

傷病手当金請求にともなう本人状況報告書(初回申請用)

被保険者証の 記号番号	10000 ----- 1234567	被保険者の 氏名	キリン 太郎
----------------	---------------------------	-------------	--------

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)

<p>ある</p> <p>※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。</p>	<p>健保の名称 ()に名称を記入し、□にチェックをしてください</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会 (東京) 支部</p>	<p>○ 国民健康保険組合 ○ 康 保 険 組 合 ○ 会 保 険 事 務 所 ○ 共 済 組 合</p>		
	<p>加入時の 記号番号</p>	<p>記号</p> <p>6640005</p>	<p>番号</p> <p>5588</p>	
	<p>被保険者期間</p>	<p>平成 5 年 4 月 1 日 ~ 令和 1 年 6 月 30 日</p>		
	<p>会社名および 連絡先</p>	<p>株式会社まつやま北産業 TEL 03-5511-1155</p>		
<p>なし</p>				

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)

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

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るときは、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。

同意日を記入してください

令和 3 年 5 月 9 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) _____

上記内容について確認後、住所・生年月日・被保険者氏名を記入してください

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。