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）

被保険者等 記号・番号	10000 1234567	被保険者の 氏　　名	キリン　太郎
↑　記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入			

マイナンバーの記入については各事業所人事総務担当の案内に従ってください。

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	（ ☐ 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 ☑ 全国健康保険協会（　東京　）支部			
	加入時の記号番号	記号	6640005	番号	5588
	被保険者期間	平成 26 年 4 月 1 日～　平成 30 年 3 月 31 日			
	会社名および連絡先	株式会社 東西南北産業 TEL 03－5511－1155			
なし					

キリン健保の前に他の健保に加入していた期間がある場合には、２年を経過していても、分かる範囲でできるだけ記入してください。

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。

同意日を記入してください

令和 7 年 8 月 4 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。

2025.4