

# 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		被保険者の 氏名	㊟
----------------	--	-------------	---

## 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)

<b>ある</b>  <small>※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。</small>	健保の名称 ( )に名称を記入し、□にチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 社会保険事務所 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 ( )支部		
	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		
<b>なし</b>				

## 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)

<b>受給したことがある</b> 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	
<b>受給したことがない</b>					

## 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。

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) \_\_\_\_\_ ㊟