

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)

捺印を忘れずに!

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</p> <p>()に名称を記入し、□にチェックをしてください</p> <p> <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 康 保 険 組 合 <input type="checkbox"/> 会 保 険 事 務 所 <input type="checkbox"/> 兵 済 組 合 <input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会 (東 京) 支 部 </p>
	<p>加入時の 記号番号</p> <p>記号 6640005 番号 5588</p>
	<p>被保険者期間</p> <p>平成 5 年 4 月 1 日 ~ 平成 30 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>
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)

<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>	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 1 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、捺印してください