

傷病手当金請求に伴う状況報告書兼同意書

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、クボタ健康保険組合が関係機関(医療機関・前加入保険者等)に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会を行なうこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。

なお、照会先が複数となる場合は、本同意書の写しも有効と認めます。

(和暦)

年 月 日

被保険者 住所

氏名

⑩

以前加入していた保険者について

※当健康保険組合加入前の1年6ヵ月間すべてについてご記入ください。

保険者名称①		
勤務先名称		
区 分	<input type="checkbox"/> 被保険者として加入 <input type="checkbox"/> 被扶養者として加入	
加入期間(和暦)	年 月 日 ~ 年 月 日	
傷病手当金	受 給 歴	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	受給期間(和暦)	年 月 日 ~ 年 月 日
	傷 病 名	
保険者名称②		
勤務先名称		
区 分	<input type="checkbox"/> 被保険者として加入 <input type="checkbox"/> 被扶養者として加入	
加入期間(和暦)	年 月 日 ~ 年 月 日	
傷病手当金	受 給 歴	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	受給期間(和暦)	年 月 日 ~ 年 月 日
	傷 病 名	