

記入例 (平成 27 年 5 月 1 日にクボタ健保へ加入、10 月から欠勤し請求する場合)

クボタ健康保険組合 理事長殿

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)

平成 27 年 10 月 15 日

被保険者 住所 大阪市浪速区〇〇〇-△△-××

氏名 健保 太郎



シャチハタ印不可

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	〇〇〇〇健康保険組合	
勤務先名称	株式会社〇〇〇	
区分	<input type="checkbox"/> 被保険者として加入 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者として加入	
加入期間(和暦)	平成 26 年 8 月 1 日 ~ 平成 27 年 4 月 30 日	
傷病手当金	受給歴	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" 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	全国健康保険協会 〇〇支部	
勤務先名称	〇〇〇〇〇株式会社	
区分	<input checked="" 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)	平成 22 年 4 月 1 日 ~ 平成 26 年 7 月 31 日	
傷病手当金	受給歴	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	受給期間(和暦)	平成 26 年 4 月 8 日 ~ 平成 26 年 5 月 15 日
	傷病名	ヘルニア