

健康保険傷病手当金申請に伴う報告書兼同意書

第1回目（同一の疾病等）の傷病手当金を共愛会健康保険組合へ申請する際に必要な書類です。

被保険者等番号

被保険者氏名

共愛会健康保険組合に加入する前の状況等についてご記入ください。

① 一番最後に加入していた健康保険について

☐ 被保険者として加入していた

☐ _____ 健康保険組合

加入期間：約 _____ 年 _____ 月

☐ 全国健康保険協会 _____ 支部

加入期間：約 _____ 年 _____ 月

☐ 国民健康保険 _____ 市・区

加入期間：約 _____ 年 _____ 月

☐ _____ 共済組合

加入期間：約 _____ 年 _____ 月

☐ 被扶養者として加入していた

加入期間：約 _____ 年 _____ 月

② 傷病手当金の受給について

☐ な し

☐ あ り （こちらを記入→）

傷 病 名：

受給期間：

_____ 年 _____ 月頃 ~ _____ 年 _____ 月頃

保 険 者 名：

※加入または受給していた保険者名称が分からない場合は、勤務していた事業所（会社）にご確認ください。

※受給歴が複数ある場合は、直近の受給についてのみご記入ください。

下記の同意書にご記入をお願いします。（取得した個人情報、傷病手当金支給決定・審査の目的以外には利用いたしません。）

同意書

私は、共愛会健康保険組合が関係各位に対し、私自身に関する保険給付（療養・現金とも）の記録、診療報酬明細書、加入期間及び加入時の被保険者等記号番号について、照会あるいは提供を求めた場合、これを提供及び開示することに同意します。なお、本書の写しも有効と認めます。

※関係各位とは、前加入保険者、団体（会社他）、医療機関等を指します。また照会は複数となる場合があります。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

共愛会健康保険組合 理事長殿

被保険者氏名： _____

共愛会健康保険組合