

健康保険調査書

(当組合で資格を取得してから1年未満で傷病手当金を請求される方)

調査の目的

健康保険が変更した場合、前の健康保険の情報を引き継ぐ場合があります。当組合に加入されてから1年未満で請求される場合は以前の健康保険の加入状況を記入し傷病手当金申請書と併せて提出してください。この調査書の添付が無い場合は傷病手当金の審査が進められず支給決定に時間がかかりますのでご了承ください。

健康保険証記号・番号		生年月日		被保険者氏名	
(記号)	(番号)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	フリガナ	
住所	〒 -				日中連絡先 ()

当組合の健康保険資格取得日以前の2年前の加入歴まで記入してください。

健康保険加入状況						
健康保険加入期間	年 月 日 ~	年 月 日	無保険の場合	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
健康保険の種類	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ()支部 <input type="checkbox"/> ()健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険					
健康保険記号・番号	記号	番号	傷病手当金受給	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
勤務先名称				健康保険加入状態	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族
健康保険加入期間	年 月 日 ~	年 月 日	無保険の場合	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
健康保険の種類	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ()支部 <input type="checkbox"/> ()健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険					
健康保険記号・番号	記号	番号	傷病手当金受給	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
勤務先名称				健康保険加入状態	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族
健康保険加入期間	年 月 日 ~	年 月 日	無保険の場合	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
健康保険の種類	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ()支部 <input type="checkbox"/> ()健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険					
健康保険記号・番号	記号	番号	傷病手当金受給	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
勤務先名称				健康保険加入状態	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族
保険給付記録にかかる調査書の同意	当組合が必要と判断した場合、以前加入していた健康保険に給付の記録や医師等に療養の記録の照会を行い回答することに対し同意します。 年 月 日 被保険者氏名 _____					