

取得接近調査書

傷病手当金は、加入する健康保険が変更になったとき、支給開始日等の履歴を以前加入していた健康保険から引き継ぐ場合があります。

この調査書は、傷病手当金の支給可否決定に際し必要なため、以下を記入しご提出ください。

取得した個人情報、保険給付金支給決定の目的以外には利用いたしません。

被保険者証の記号・番号		氏 名	(フリガナ)	生年月日						
記号	-		番号		昭和 平成		年		月	

健康保険加入履歴（現在の事業所に勤務するまでの、直近3年間の職歴および健康保険の加入状況をご記入ください）												
①	加入期間	平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年	月	日		
	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		<input type="checkbox"/> 無保険						
	保険者名称	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部 <input type="checkbox"/> _____ 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険（市区町村名 _____ ）										
	健康保険証 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
	社会保険 加入の場合	会社名 _____					会社所在地 _____					
②	加入期間	平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年	月	日		
	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		<input type="checkbox"/> 無保険						
	保険者名称	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部 <input type="checkbox"/> _____ 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険（市区町村名 _____ ）										
	健康保険証 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
	社会保険 加入の場合	会社名 _____					会社所在地 _____					
③	加入期間	平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年	月	日		
	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		<input type="checkbox"/> 無保険						
	保険者名称	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部 <input type="checkbox"/> _____ 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険（市区町村名 _____ ）										
	健康保険証 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
	社会保険 加入の場合	会社名 _____					会社所在地 _____					

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

被保険者氏名 _____

トータルビューティー
健康保険組合