

健康保険の加入状況等について(回答)

被保険者 記号-番号	—	被保険者氏名	
---------------	---	--------	--

労働者健康安全機構健康保険組合の前に加入していた健康保険について

前歴①	加入期間	年 月 日～ 年 月 日
	健康保険の名称	
	保険証の記号・番号	
	加入状態	1 本人(被保険者) 2 家族(被扶養者)
	勤務先の名称	
前歴②	加入期間	年 月 日～ 年 月 日
	健康保険の名称	
	保険証の記号・番号	
	加入状態	1 本人(被保険者) 2 家族(被扶養者)
	勤務先の名称	
前歴③	加入期間	年 月 日～ 年 月 日
	健康保険の名称	
	保険証の記号・番号	
	加入状態	1 本人(被保険者) 2 家族(被扶養者)
	勤務先の名称	

※当組合前加入日より前の直近5年間の職歴および健康保険の加入状況について空白期間なくご記入ください。

※健康保険の名称、保険証の記号・番号などが不明な場合は、以前の勤務先にお問い合わせください。未記入では内容審査を進めることができません。

傷病手当金の受給歴

1 受けていない	2 受けていた
----------	---------

上記質問で「2 受けていた」と回答した場合にご記入下さい。

傷病手当金・同付加金の受給対象となった傷病名	
傷病手当金・同付加金を受給した期間	年 月 日～ 年 月 日
支給した健康保険組合等の名称	
保険証の記号・番号	
勤務先の名称	

上記の通り相違ありません。

(記入日) 年 月 日

住所 〒

電話番号

氏名

印

同意書

労働者健康安全機構健康保険組合が健康保険法による傷病手当金の支給決定を行うにあたり、下記事項について同意します。

なお、本同意書は、その写しも有効と認めます。

- 1、
労働者健康安全機構健康保険組合が以前私の加入していた保険者に対し、私にかかる被保険者（被扶養者）記録及び給付歴・診療記録等の照会を行い、照会を受けた保険者が労働者健康安全機構健康保険組合に対して回答すること。
- 2、
労働者健康安全機構健康保険組合が以前私の受診した医療機関等に対し、傷病手当金にかかる診療内容の照会を行い、照会を受けた医療機関等が労働者健康安全機構健康保険組合に対して回答すること。
- 3、
労働者健康安全機構健康保険組合が現在（または以前に）、私の在職している（在職していた）勤務先等に私の個人情報に関する照会を行い、照会を受けた勤務先等が労働者健康安全機構健康保険組合に対して回答すること。

年 月 日

住所

氏名



労働者健康安全機構健康保険組合理事長 殿

※以前、他健保（国民健康保険を除く）の被保険者であった期間がある方は、他健保に対して給付に関する照会を行うことがあり、その内容によっては今回ご請求の傷病手当金が不支給になる場合があります。
この調査は健康保険法第59条（文書の提出等）に基づいて行っており、利用目的の範囲内のみで使用いたします。