

健康保険加入記録・保険給付記録等の調査及び同意書(初回添付)

1. これまでに傷病手当金を受けたことが、

ある

傷病手当金を受けたときの傷病名と期間をご記入ください。

傷病名： _____ 期間： _____ ～

受給したときの健保組合名；

ない

2. 入社する前の勤務歴（健康保険加入歴）がある方のみ記入してください。

①入社前の勤務先名称	名称
住所・TEL	住所 TEL
勤務していた期間	昭・平・令 年 月 日～昭・平・令 年 月 日
健康保険組合等の名称	
健康保険の記号・番号	
※①以外にも職歴があれば、前々歴を②にご記入ください	
②勤務先名称	名称
住所・TEL	住所 TEL
勤務していた期間	昭・平・令 年 月 日～昭・平・令 年 月 日
健康保険組合等の名称	
健康保険の記号・番号	
太平洋セメント健康保険組合の加入日と①の期間が空いている場合は、その期間に加入していた保険に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 <input type="checkbox"/> 国民健康保険（市区町村名） <input type="checkbox"/> 健康保険組合・協会けんぽの任意継続保険 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・協会けんぽの扶養家族 <input type="checkbox"/> 無保険	

◇この書類は、傷病手当金の支給決定をするための資料の一部となりますので、記入がない場合は審査及び支給は行えません。

すべての項目について正しい情報をご記入ください。

◇記入内容について照会・追加の添付書類をお願いすることがあります。

◇この調査は健康保険法第59条（文書の提出等）に基づき行っております。

※ 2.に記載がある方は同意書の署名も提出ください。

上記内容で相違ございません。

氏名

Ⓜ

同意書

私は、太平洋セメント健康保険組合が傷病手当金の支給決定を行うにあたり、関係機関※に対して、健康保険加入記録、受診歴、保険給付記録等の照会を行うこと、また関係機関が回答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。

※関係機関とは、以前加入されていた健康保険組合、勤務されていた事業所等を指します。

回 答 日	年 月 日
健康保険の記号・番号	記号 番号
氏 名	⑩
住 所	〒 -
連 絡 先 (自宅電話又は携帯電話)	