

傷病手当金請求に伴う状況報告書(初回申請用)

| | | | |
|-----------------|----------|-------------|---|
| 被保険者証の 記号・番号 | 記号 番号 | 被保険者の 氏名 | ㊟ |
|-----------------|----------|-------------|---|

①ヤンマー健康保険組合に加入する前の直近の保険加入状況についてご記入ください。

被保険者として加入していた

| | |
|---------------|---|
| 保険者の名称 | <input type="checkbox"/> ()健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 ()支部 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 ()市・区 <input type="checkbox"/> ()共済組合 |
| 加入期間 | 年 月 日～ 年 月 日 |
| 会社名および 連絡先 | Tel |

被扶養者として加入していた

②今までに傷病手当金を受給したことはありますか。

なし

あり

| | |
|--------|------------|
| 傷病名 | |
| 受給期間 | 年 月頃～ 年 月頃 |
| 保険者の名称 | |

同意書

私は、貴組合が傷病手当金の支給について関係機関に照会することに同意します。
また、本書の写しも有効とします。

平成 年 月 日

氏名 _____ ㊟