

傷病手当金請求に伴う状況報告書(初回申請用)

初回の傷病手当金請求の際に下記項目を記入し、請求書と一緒に提出してください。

被保険者の 記号・番号	記号 1 番号 1 2 3 4 5	被保険者の 氏 名	健保 太郎
----------------	----------------------	--------------	-------

①ヤンマー健康保険組合に加入する前の直近の健康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 checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会 ( 大阪 )支部 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 ( )市・区 <input type="checkbox"/> ( )共済組合
加入期間	2010年4月1日～2020年3月31日
会社名および 連絡先	〇〇〇〇株式会社 Tel 06-6123-9876

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	健康保険組合

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。

R6年 3月 10日

氏名 健保 太郎