

健康保険加入記録調査書

当健保組合の資格を取得してから1年未満で傷病手当金を請求される方は、必ずご提出ください。

【記入方法】

- ※ 当健保組合資格取得日より2年間さかのぼって加入していた健康保険の情報をご記入ください。
- ※ 書ききれない場合にはお手数ですがコピーをとってお使いください。
- ※ 全国健康保険協会に加入されていた場合は支部名までご記入ください。
- ※ 必要に応じ、以下の項目以外にも確認をお願いする場合があります。

以前加入していた健康保険		
保険者名称: ※保険者名称とは…〇〇健康保険組合、△△市国民健康保険、全国健康保険協会××支部 等		
記号・番号	勤務先名称	勤務していたご本人ですか。
記号:	番号:	本人 家族
加入期間		任意継続被保険者期間(該当される方のみ)
平成 / 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	平成 / 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	

以前加入していた健康保険		
保険者名称: ※保険者名称とは…〇〇健康保険組合、△△市国民健康保険、全国健康保険協会××支部 等		
記号・番号	勤務先名称	勤務していたご本人ですか。
記号:	番号:	本人 家族
加入期間		任意継続被保険者期間(該当される方のみ)
平成 / 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	平成 / 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	

以前加入していた健康保険		
保険者名称: ※保険者名称とは…〇〇健康保険組合、△△市国民健康保険、全国健康保険協会××支部 等		
記号・番号	勤務先名称	勤務していたご本人ですか。
記号:	番号:	本人 家族
加入期間		任意継続被保険者期間(該当される方のみ)
平成 / 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	平成 / 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	

上記のとおり、相違ありません。

令和 年 月 日

被保険者氏名 _____

同意書

私、_____は、東京不動産健康保険組合が傷病手当金の支給決定を行うあたり、審査のために関係機関等に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴・資格情報等を照会することに同意いたします。また、関係機関等からそれらの回答を得ることに對しても同意いたします。

なお、本書の写しも有効であることを認めます。

※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、勤務先等をさします。

令和 年 月 日

〒

住 所

フリガナ
氏 名

令和2年12月25日付厚生労働省保険局長通知「押印を求める手続の見直し等のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令」等の公布、施行により押印は廃止となっております。