

初回(第1回目)請求時の場合は請求書と併せてご提出ください。

□の欄は必ずチェックしてください。 記入内容について詳しくご記入ください。

## 傷病手当金(付加金)請求に伴う状況報告書兼同意書

ジェイテクト健康保険組合 理事長 殿

保険証の記号・番号	記号	番号	被保険者氏名
-----------	----	----	--------

I	以前、他健保組合(国民健康保険を除く)の被保険者であった期間がありますか		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
	「ある」場合記入ください。 (健保組合名称等、不明な箇所には「不明」と記入してください)	健保組合名①	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 社会保険事務所 <input type="checkbox"/> 共 済 組 合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 ( ) 支部	
		その健保組合での 保険証の記号・番号	記号	番号
		その健保組合での 加入期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日	
		その当時の会社名		
		健保組合名②	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 社会保険事務所 <input type="checkbox"/> 共 済 組 合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 ( ) 支部	
		その健保組合での 保険証の記号・番号	記号	番号
		その健保組合での 加入期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日	
	その当時の会社名			

II	今までに傷病手当金を受給したことがありますか		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
	「ある」場合記入ください。	受給した傷病名①		
		受給した期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日	
		受給した傷病名②		
	受給した期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日		

### 同 意 書

ジェイテクト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。

- ・ジェイテクト健康保険組合が以前私の加入していた保険者に対し、私にかかる資格および給付履歴等の照会を行い、照会を受けた保険者がジェイテクト健康保険組合に対して回答すること
- ・ジェイテクト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等の照会を行い、照会を受けた医療機関等がジェイテクト健康保険組合に対して回答すること
- ・ジェイテクト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ジェイテクト健康保険組合に対して回答すること

※照会先が複数となる場合は、本同意書の写しも有効と認めます。

ジェイテクト健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

住所  
被保険者  
氏名

㊞