

傷病手当金支給申請に伴う状況報告書

傷病手当金の申請をする状況は、下記の通りです。

令和 年 月 日

被保険者証 記号 - 番号	—	事業所名	
被 保 険 者 氏 名	㊟		

明治グループ健康保険組合に加入する前の直近2年間の健康保険等の加入状況、勤務先名、傷病手当金の受給有無等について記入してください。なお、以前加入していた健康保険等が複数ある場合は、この用紙をコピーし記入してください。

加入していた健康保険の名称等がわからない場合は、勤務していた会社にご確認ください。
(□は、該当する項目にチェックを入れてください)

状況報告	健康保険等の 加入状況・保険名	①	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共 済 組 合			
		②	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会()支部			
		③	<input type="checkbox"/> 前職の健康保険等の任意継続被保険者として加入			
		④	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(市区町村名)			
		⑤	家族の被扶養者として加入 <input type="checkbox"/> 学校卒業後、初めて現在の事業所に勤務し、以前の職歴なし <input type="checkbox"/> 上記以外は被扶養者としての加入期間を下記へ記入 (加入期間:令和・平成 年 月 日～ 令和・平成 年 月 日)			
		⑥	<input type="checkbox"/> 健康保険未加入			
	上記①～③に該当した方は、下記へご記入ください。(③の方は前職についてご記入ください。)					
	その健保での被保険者証 記号・番号		記号		番号	
	その健保での 加入期間		令和・平成 年 月 ～ 令和・平成 年 月 ※不明な場合は、おおよその期間をご記入ください。			
	その当時の勤務先名					
傷病手当金の受給		<input type="checkbox"/> 有り(有りの場合は下記へ記入)			<input type="checkbox"/> 無し	
傷病手当金の受給期間		令和 年 月 日～ 令和 年 月 日				
受給時の傷病名						

※この調査は健康保険法第59条(文書の提出等)に基づいて行なっており、利用目的の範囲内のみで使用いたします。