

当健保組合加入後2年以内の方は、第1回目の「傷病手当金請求書」と併せて提出してください

健康保険 加入履歴等報告書

健康保険証 記号・番号	—	被保険者氏名	
被保険者 住所	〒		

健康保険の加入状況

(当健保加入日直前の直近2年間の健康保険加入状況及び職歴についてご記入ください。複数ある場合①～③に記入)

①	加入期間	年 月 日 ~ 年 月 日	無保険のとき <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	保険者の名称	協会けんぽ _____ 支部・ _____ 健保組合・国民健康保険 _____ 市区町村		
	健康保険証記号・番号	—	傷病手当金の受給	あり・なし
	社会保険加入のとき	会社名	会社所在地	
	家族の扶養であったとき	被保険者名	備考	
②	加入期間	年 月 日 ~ 年 月 日	無保険のとき <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	保険者の名称	協会けんぽ _____ 支部・ _____ 健保組合・国民健康保険 _____ 市区町村		
	健康保険証記号・番号	—	傷病手当金の受給	あり・なし
	社会保険加入のとき	会社名	会社所在地	
	家族の扶養であったとき	被保険者名	備考	
③	加入期間	年 月 日 ~ 年 月 日	無保険のとき <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	保険者の名称	協会けんぽ _____ 支部・ _____ 健保組合・国民健康保険 _____ 市区町村		
	健康保険証記号・番号	—	傷病手当金の受給	あり・なし
	社会保険加入のとき	会社名	会社所在地	
	家族の扶養であったとき	被保険者名	備考	

傷病手当金の受給履歴

傷病手当金受給の有無	あり・なし ※「あり」の場合は以下↓に記入してください。
受給要因となった傷病名	傷病名 ()
受給期間	年 月頃 ~ 年 月頃
受給時の保険者	①と同じ・②と同じ・③と同じ・①～③以外 ※「①～③以外」の場合(保険者名)
障害厚生年金受給の有無	あり・なし・請求中
障害手当金受給の有無	あり・なし・請求中

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

被保険者氏名 _____

- ・加入または受給していた保険者名称等が分からない場合は、勤務されていた会社(事業所)にご確認ください。
※未記入部分がある場合は、内容審査を進めることができません。
- ・過去の傷病手当金の受給履歴は、直近の受給について記入してください。
- ・傷病手当金の支給にあたり、過去の受給履歴や受診している医療機関に療養状況を確認する必要がある場合は、関係機関へ照会させていただきます。