

# 傷病手当金 調査票

傷病手当金の支給にあたって、以前加入していた健康保険から傷病手当金に関する情報を引き継いで支給決定する場合があります。  
対象となる方は傷病手当金の第一回の申請書に、この調査票を添付してください。

**対象者** 傷病手当金(第一回)の申請期間の初日から遡って2年以内に当組合の資格を取得した方

被保険者等 記号・番号	記号	番号	資格取得日	昭・平・令	年	月	日			
資格取得前の 健康保険組合 等の加入状況  ※資格取得日より 過去3年間の 加入状況を 時系列に沿って ご記入ください	①	加入期間	昭・平 令	年	月	日	～ 昭・平 令	年	月	日
		健康保険組合 等の名称			記号 番号					
		加入状況	<input type="checkbox"/> 社員 … 勤務先の名称 ( ) <input type="checkbox"/> 自営業またはアルバイト等 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給中・就職活動中 <input type="checkbox"/> 療養中 <input type="checkbox"/> 被扶養者として加入 <input type="checkbox"/> 健康保険未加入							
	②	加入期間	昭・平 令	年	月	日	～ 昭・平 令	年	月	日
		健康保険組合 等の名称			記号 番号					
		加入状況	<input type="checkbox"/> 社員 … 勤務先の名称 ( ) <input type="checkbox"/> 自営業またはアルバイト等 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給中・就職活動中 <input type="checkbox"/> 療養中 <input type="checkbox"/> 被扶養者として加入 <input type="checkbox"/> 健康保険未加入							
	③	加入期間	昭・平 令	年	月	日	～ 昭・平 令	年	月	日
		健康保険組合 等の名称			記号 番号					
		加入状況	<input type="checkbox"/> 社員 … 勤務先の名称 ( ) <input type="checkbox"/> 自営業またはアルバイト等 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給中・就職活動中 <input type="checkbox"/> 療養中 <input type="checkbox"/> 被扶養者として加入 <input type="checkbox"/> 健康保険未加入							
	④	加入期間	昭・平 令	年	月	日	～ 昭・平 令	年	月	日
		健康保険組合 等の名称			記号 番号					
		加入状況	<input type="checkbox"/> 社員 … 勤務先の名称 ( ) <input type="checkbox"/> 自営業またはアルバイト等 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給中・就職活動中 <input type="checkbox"/> 療養中 <input type="checkbox"/> 被扶養者として加入 <input type="checkbox"/> 健康保険未加入							
傷病手当金 の受給歴	資格取得日以前の傷病手当金の受給の有無  <input type="checkbox"/> 受給歴あり 傷病名 ( ) 受給期間 平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日 受診していた医療機関の名称 ( ) 健康保険組合等の名称 ( ) 記号・番号 ( )  <input type="checkbox"/> 受給歴なし									

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_