健康保険等加入状況の申告

東京都電機健康保険組合

今回の傷病手当金の申請より１年以内に当組合の資格を取得された方のみご記入ください。

※複数ある場合は加入保険ごとにご作成ください。

1. 加入していた健康保険（国民健康保険）についてお答えください。

保険者名 （全国健康保険協会に加入の場合は支部名まで記入）	□ 支部（協会けんぽ） □ 健康保険組合 □ 国民健康保険 □ その他			
加入状況	□ ① 被保険者として加入	□ ② 被扶養者として加入	□ ③ 国民健康保険に加入	□ ④ その他（　　）
被保険者氏名				※「② 被扶養者として加入」の場合、配偶者等の氏名をご記入ください。
被保険者等記号・番号	記号：　　番号：			当時の記号・番号が不明の場合は、加入期間（資格取得年月日、資格喪失日）のみご記入ください。
資格取得年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日			
資格喪失年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日			

今回の傷病手当金の申請より1年以内に傷病手当金の給付を受けたことはありますか？ ※1	**はい　・　いいえ**

2. 今回の傷病手当金請求にあたり、当組合から上記保険者に照会をさせていただく場合がございますので、下記同意書欄にご記入をお願いいたします。

※1.「はい・いいえ」に関わらず照会させていただく場合がございます。

同 意 書

健康保険法に基づく保険給付金の支給決定にあたり、私が過去に加入していた保険者に対し、東京都電機健康保険組合が保険給付記録等の照会を行うこと、また私が過去に加入していた保険者が上記照会に対して東京都電機健康保険組合に対して回答することに同意いたします。

※なお、本書の写しも有効といたします。

令和　　年　　月　　日

住　所

被保険者氏名

生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日