

健康保険加入履歴申出書(当組合で資格を取得してから1年未満で傷病手当金を申請される方)

傷病手当金は加入する健康保険が変更した時、支給開始日等の情報を以前加入していた健康保険から継続する場合があります。
 当組合に加入されてから1年未満で申請される方は、支給決定に際し必要のため以下の欄を記入しご提出ください。
 なお、この申出書のご提出がないと、内容審査が進められず支給決定にお時間をいただくこととなりますのでご了承ください。

被保険者証 記号・番号	記号 —	番号	被保険者氏名	(フリガナ)
被保険者の現住所 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				

健康保険の加入歴等				
前回	加入期間	昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日 1から3に該当するものを選択・記入してください		
	1	健康保険組合等 協会けんぽ () 支部・ () 健保組合・ () 共済組合	保険証の記号・番号 —	傷病手当金の受給 あり・なし
	被保険者として 加入していた	<input type="checkbox"/>	会社名 会社所在地	被扶養者であつた(扶養家族) <input type="checkbox"/>
	2	国民健康保険	都道府県 () 市区町村 ()	3 健康保険未加入
前々回	加入期間	昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日 1から3に該当するものを選択・記入してください		
	1	健康保険組合等 協会けんぽ () 支部・ () 健保組合・ () 共済組合	保険証の記号・番号 —	傷病手当金の受給 あり・なし
	被保険者として 加入していた	<input type="checkbox"/>	会社名 会社所在地	被扶養者であつた(扶養家族) <input type="checkbox"/>
	2	国民健康保険	都道府県 () 市区町村 ()	3 健康保険未加入
それ以前	加入期間	昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日 1から3に該当するものを選択・記入してください		
	1	健康保険組合等 協会けんぽ () 支部・ () 健保組合・ () 共済組合	保険証の記号・番号 —	傷病手当金の受給 あり・なし
	被保険者として 加入していた	<input type="checkbox"/>	会社名 会社所在地	被扶養者であつた(扶養家族) <input type="checkbox"/>
	2	国民健康保険	都道府県 () 市区町村 ()	3 健康保険未加入

健康保険の加入 歴等の調査に関 する同意書	私は、東洋水産健康保険組合が上記「健康保険加入歴等」に記載された関係機関(※)に私自身に関する健康保険の加入記録・給付記録・療養の給付記録・診察履歴等の照会を行うこと、関係機関が東洋水産健康保険組合の照会に対して回答することに同意いたします。
	※ 関係機関とは、以前加入していた健康保険の保険者、受診していた医療機関、日本年金機構、勤務していた事業所等を指します。また本書の写しも有効とさせていただきます。 令和 年 月 日 東洋水産健康保険組合 理事長 殿 被保険者氏名 ㊟

[記入上の注意]

- ・ 加入日より前の直近1年間の職歴および健康保険の加入状況について空白期間無く記入してください。
 - ・ 社会保険に加入していた期間で保険者の名称、健康保険の記号などが不明なときは、以前勤務していた会社にお問い合わせください。未記入では内容審査を進めることができません。
 - ・ 用紙が不足するときは複数枚ご用意いただき記入してください。
- ※ 取得した個人情報は、保険給付金支給決定の目的以外には利用しません。