

傷病手当金請求に伴う本人状況報告書(前加入健保)

※ こちらは、新卒入社以外で、当健保加入から3年以内の方に限り、ご提出願います。

(上記に該当しない方は、ご提出の必要はありません)

丸八真綿健康保険組合が傷病手当金の審査を行う際、健康保険法で定められている、同一の傷病での支給期間を超えていないかを判断するために必要な情報です。

本人状況報告書の添付が無いと内容審査が進められず支給決定にお時間いただくこととなりますので必ず添付ください。
尚、ご提出後に、再度調査を行わせていただくことがあります。(加入状況が確認できない期間があった場合など)

【記入上の注意】

- ・丸八真綿健保加入日より前の直近3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ご記入ください。
 - ・加入していた健康保険の名称、記号と番号などが不明な時は、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。
 - ・ご家族の被扶養者として加入していた期間は「家族の扶養であったとき」欄に被保険者の氏名を記入してください。
 - ・用紙が不足するときは複数枚ご用意いただき記入ください。
- ※取得した個人情報は、保険給付金支給目的以外には利用いたしません。

氏名					生年 月日	昭和・平成 令和				年 月 日生(歳)		
丸八真綿健保記号・番号	記号				番号							
丸八真綿健保加入以前の健康保険の加入状況												
①	加入期間		年 月 日 ~ 年 月 日			無保険の場合は チェック			<input checked="" type="checkbox"/>			
	加入健保の名称		協会健保 _____ 支部 · _____ 健康保険組合 · _____ 国民健康保険									
	加入健保の住所					保険者の 電話番号						
	健康保険 記号番号					傷病手当金の受給		あり · なし				
	上記加入健保時の会社名		会社名			会社所在地						
	家族の扶養であった場合		被保険者氏名			備考						
②	加入期間		年 月 日 ~ 年 月 日			無保険の場合は チェック			<input checked="" type="checkbox"/>			
	加入健保の名称		協会健保 _____ 支部 · _____ 健康保険組合 · _____ 国民健康保険									
	加入健保の住所					保険者の 電話番号						
	健康保険 記号番号					傷病手当金の受給		あり · なし				
	上記加入健保時の会社名		会社名			会社所在地						
	家族の扶養であった場合		被保険者氏名			備考						

【注意点】

- ・給付審査のため、請求からお支払いまでに数か月かかることがあります。
- ・以前、傷病手当金を受給したことがあり、前回の疾病が起因している場合には支給されないことがあります。
- ・以前、他健保(国民健康保険を除く)の被保険者であった期間がある方は、他健保に対して給付に関する照会を行い、その内容によっては今回のご請求の傷病手当金が支給されないことがあります。