

健康保険加入状況調査書（傷病手当金申請用）

被保険者等 記号・番号																		被保険者名	
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--

1. 日立健保に加入する以前に勤務した経歴はありますか？

- ☐ なし（学校卒業後、初めて現在の事業所に勤務）→ 下記2以降は、記入不要です
- ☐ あり → 下記2にお進みください

2. 日立健保加入前の直近2年間の健康保険の加入状況、および勤務先等をご記入ください。
ご記入後、『「健康保険加入状況」および「傷病手当金給付記録」調査についての同意書』に
ご署名をお願いします。

※健康保険の加入期間に空白がないようにしてご記入ください

1	健康保険加入期間	平成・令和	年	月	日	～	平成・令和	年	月	日
	加入健保名									
	勤務先名									
2	健康保険加入期間	平成・令和	年	月	日	～	平成・令和	年	月	日
	加入健保名									
	勤務先名									
3	健康保険加入期間	平成・令和	年	月	日	～	平成・令和	年	月	日
	加入健保名									
	勤務先名									
4	健康保険加入期間	平成・令和	年	月	日	～	平成・令和	年	月	日
	加入健保名									
	勤務先名									

「健康保険加入状況」および「傷病手当金給付記録」調査についての同意書

私は、日立健康保険組合が上記に記載した加入健保等に、健康保険の加入状況、傷病手当金の給付
記録および診療状況の照会を行うことに同意いたします。

令和 年 月 日

被保険者氏名

※取得した個人情報、傷病手当金の支給決定の目的以外には利用いたしません。

【注意事項】

- 下記に該当する方は、この「健康保険加入調査書」をご提出ください。
- ・初めて傷病手当金を申請する方、かつ、日立健保に加入した日から
傷病手当金請求書の被保険者記入欄「傷病又は負傷の為休んだ
期間」の初日までの期間が2年に満たない方

受付日付印