傷病手当金状況説明書（A）

被保険者資格取得後２年以内に初めて傷病手当金を申請される方は、下記に記入（該当項目に〇印）し、傷病手当金支給申請書に添付してください。

三井健保に加入される以前（約２年間：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）の健康保険等の加入状況について

① これまで加入されていた健康保険の名称を記入し該当に☑して下さい	② 被保険者・被扶養者の別	③ 取得日・喪失日	④ 保険証の記号番号	⑤ 職業	⑥ 勤務先の会社名	⑦ 傷病手当金の受給歴
名称 ＿＿＿＿＿＿ 【電話】 （　　） ☐健康保険組合 ☐協会けんぽ ☐共済組合 ☐国民健康保険 ☐無保険	被保険者 ・ 被扶養者	年　月　日取得 年　月　日喪失	記号 番号		【電話】 （　　）	無し　・　有り 【有りの場合】 対象疾病（　　） 受給期間　年　月　日から 年　月　日まで
名称 ＿＿＿＿＿＿ 【電話】 （　　） ☐健康保険組合 ☐協会けんぽ ☐共済組合 ☐国民健康保険 ☐無保険	被保険者 ・ 被扶養者	年　月　日取得 年　月　日喪失	記号 番号		【電話】 （　　）	無し　・　有り 【有りの場合】 対象疾病（　　） 受給期間　年　月　日から 年　月　日まで
名称 ＿＿＿＿＿＿ 【電話】 （　　） ☐健康保険組合 ☐協会けんぽ ☐共済組合 ☐国民健康保険 ☐無保険	被保険者 ・ 被扶養者	年　月　日取得 年　月　日喪失	記号 番号		【電話】 （　　）	無し　・　有り 【有りの場合】 対象疾病（　　） 受給期間　年　月　日から 年　月　日まで

◆記入内容に不明点がある場合は、ご自身で前保険者・前勤務先等に確認のうえ記入してください。
未記入の場合、審査が出来ないため申請書類をお返しいたします。
①②⑤⑥⑦：必ずご記入ください。

※年月日は元号でご記入ください。

上記のとおり相違ありません。
年　　月　　日
被保険者証 記号−番号　　−
被保険者氏名

R4.1 三井健康保険組合