

## 傷病手当金状況説明書（A）

被保険者資格取得後3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○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3年間：平成 年 月 日～平成 年 月 日）の健康保険等の加入状況について。

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

上記のとおり相違ありません。  
 平成 年 月 日  
 保険証記号番号 —  
 被保険者氏名 (印)