

記入例

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○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：平成31年1月1日～令和2年12月31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 ○○×× <input checked="" 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】 03（0000）0000	被保険者 ・ 被扶養者	平成30年2月1日取得 令和2年5月1日喪失	記号 9876 番号 54321	会社員	○○××商事 【電話】 03（0000）0000	無し・有り 【有りの場合】 対象疾病（○×△） 受給期間 平成31年3月1日から 平成31年3月15日まで
名称 □□□□ <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 checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 無保険 【電話】 03（0000）0000	被保険者 ・ 被扶養者	令和2年5月1日取得 令和3年1月1日喪失	記号 999 番号 99999	無職	なし 【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 _____ <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	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。

※年月日は元号でご記入ください。

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。

上記のとおり相違ありません。

令和4年2月10日

被保険者証 記号-番号 1234-567890

被保険者氏名 ○井 ○郎