

記入例

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21年10月1日~平成24年9月30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 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21年4月1日取得 平成24年4月1日喪失	記号 9876 番号 54321	営業	○○××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23年5月1日から 平成23年7月30日まで
<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	平成24年4月1日取得 平成24年10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 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
<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 平成 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 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで

上記のとおり相違ありません。

平成25年5月9日

保険証記号番号 1234-567890

被保険者氏名 ○井 ○郎

