

《傷病手当金支給申請書 第1回目申請時の添付書類》

(「②労務不能と認めた期間」の開始日が、資格取得日から2年経過していない方(新卒者を除く))

### 取得接近調査書

被保険者証 記号・番号	—	被保険者 氏 名	
被 保 険 者 住 所	〒 (電話 )		
入社日	年 月 日		
採用時の 健康状態	1、健康診断の有無： 有 ・ 無 (有か無を○で囲む) 2、「無」の場合の健康状態 ( )		
入 社 前 の 勤 務 歴	※入社日と①の間の期間が空いている場合は、その時に加入していた保険にレ印をつけてください。		
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(市区町村名： ) <input type="checkbox"/> 健康保険未加入 <input type="checkbox"/> 健康保険被扶養者(健康保険組合・協会けんぽ加入) <input type="checkbox"/> 健康保険任意継続被保険者(健康保険組合・協会けんぽ加入)		
	① 勤務先の名称： 勤務した期間： 年 月 日～ 年 月 日 保険者(健康保険組合等)の名称： 健康保険被保険者証の記号・番号：		
	※①に勤めた期間が1年未満の場合は前々歴を下にご記入ください。 ② 勤務先の名称： 勤務した期間： 年 月 日～ 年 月 日 保険者(健康保険組合等)の名称： 健康保険被保険者証の記号・番号：		
傷病手当金	入社以前の傷病手当金の受給の有無について(1か2を○で囲む) 1、受給歴有り ⇒傷病名( ) 受給期間 年 月 日～ 年 月 日 受給時の保険者(①と同じ ・ ②と同じ ・ ①②以外) ※「①②以外」の場合は下記に保険者名、記号番号を記入して下さい。 保険者(健康保険組合等)の名称： 健康保険被保険者証の記号・番号： 2、受給歴なし		
今回の傷病の 初診日	年 月 日		

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

被保険者名 (自書)

※取得した個人情報は、保険給付の支給決定の目的以外に利用しません。フジ日本健康保険組合