

《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

記入例

被保険者証 記号・番号	×××-××	被保険者 氏名	健保 太郎
被保険者 住所	〒×××-×××× ××県××市××町×丁目×× (電話 ×××-×××)		
入社日	D 令和7年10月1日		
採用時の 健康状態	1、健康診断の有無：有 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 checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険(市区町村名：××市) <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) C <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：××▲株式会社 勤務した期間：令和6年10月1日～令和7年5月31日 保険者(健康保険組合等)の名称：××▲健康保険組合 B 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：×▲▲商店 勤務した期間：令和3年4月1日～令和6年9月30日 保険者(健康保険組合等)の名称：協会けんぽ××支部 A 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(適応障害) 受給期間 令和7年3月6日～令和7年5月30日 受給時の保険者 ①と同じ ※「①②以外」の場合は下記に保険者名、記号番号 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	令和7年11月3日		

記入例は、以下の条件を前提に記入した場合

- 健康保険加入歴
 - A: R3. 4.1~R6.9.30 協会けんぽ××支部
 - B: R6.10.1~R7.5.31 ××▲健康保険組合
 - C: R7. 6.1~R7.9.30 国民健康保険
 - D: R7.10.1~ フジ日本健康保険組合
- 傷病手当金受給歴 R7.3.6~R7.5.30 傷病名：適応障害
- 今回の傷病の初診日 R7.11.3

今回の傷病と関連がなくても、受給していれば記入

上記のとおり相違ありません。 令和7年12月1日

被保険者名 (自書) 健保 太郎

※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