

療養状況等調査書

当組合の被保険者資格取得後 **1年以内**に傷病手当金の申請をされる方は、下記に**当組合加入前3年間**の健康保険等の加入状況について記入し、傷病手当金請求書に添付してください。

健康保険名称					
記号番号	—	区分	被保険者		被扶養者
加入期間	年 月 日 ~		年 月 日		
勤務先	名称		TEL		
傷病手当金の受給歴	無 ・ 有 「有」の場合 ⇒ 対象疾病 () 受給期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)				

健康保険名称					
記号番号	—	区分	被保険者		被扶養者
加入期間	年 月 日 ~		年 月 日		
勤務先	名称		TEL		
傷病手当金の受給歴	無 ・ 有 「有」の場合 ⇒ 対象疾病 () 受給期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)				

■当組合加入前3年間のうち上記期間外は健康保険未加入で間違いありませんか。 ⇒ はい ・ いいえ

上記の通り相違ありません。

私は、保険者が、給付に関して必要があると認めたときは、文書その他の物件により、本人、医療機関、事業所、官公庁等に照会を求めることに同意します。

尚、照会先が複数となる場合は、本書面の写しも有効と認めます。

ロジスティード健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

記号 _____ 番号 _____

住所 _____

TEL () _____

氏名 _____