

過去の保険給付調査書

◆傷病手当金は加入する健康保険が変更したとき、支給開始日等の情報を以前加入していた健康保険から引継ぐ場合があります。**当組合へ加入されてから2年未満で請求される方は**、支給決定に際し必要なため以下太枠内を記入し必ずご添付ください。

◆KDDI健康保険組合**加入前2年間の職歴および健康保険の加入状況・傷病手当金の受給等について、空白期間なく正確にご記入ください。**

◆**全国健康保険協会(協会けんぽ)の場合は必ず支部名まで**ご記入ください。

※取得した個人情報は保険給付の審査業務以外には利用いたしません。

健康保険証の 記号・番号	—	被保険者氏名	
-----------------	---	--------	--

▶ 直近情報からご記入ください。□は該当するものに✓を入れてください。

1	加入期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日まで			
	<input type="checkbox"/> 社会保険 ・健保組合 ・協会けんぽ 等	健康保険組合等の名称 支部	記号・番号	傷病手当金の受給 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	会社名
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	市区町村名	記号・番号		
	<input type="checkbox"/> 家族の扶養	健康保険組合等の名称 支部	記号・番号	被保険者(ご家族)の氏名:続柄	
	<input type="checkbox"/> 未加入	未加入の場合、住所地の年金事務所にて「被保険者記録照会回答票」を取得し添付してください。			
2	加入期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日まで			
	<input type="checkbox"/> 社会保険 ・健保組合 ・協会けんぽ 等	健康保険組合等の名称 支部	記号・番号	傷病手当金の受給 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	会社名
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	市区町村名	記号・番号		
	<input type="checkbox"/> 家族の扶養	健康保険組合等の名称 支部	記号・番号	被保険者(ご家族)の氏名:続柄	
	<input type="checkbox"/> 未加入	未加入の場合、住所地の年金事務所にて「被保険者記録照会回答票」を取得し添付してください。			
3	加入期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日まで			
	<input type="checkbox"/> 社会保険 ・健保組合 ・協会けんぽ 等	健康保険組合等の名称 支部	記号・番号	傷病手当金の受給 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	会社名
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	市区町村名	記号・番号		
	<input type="checkbox"/> 家族の扶養	健康保険組合等の名称 支部	記号・番号	被保険者(ご家族)の氏名:続柄	
	<input type="checkbox"/> 未加入	未加入の場合、住所地の年金事務所にて「被保険者記録照会回答票」を取得し添付してください。			

(用紙が不足するときはコピーしてお使いください)

上記のとおり、相違ありません。

令和 年 月 日

住 所:

被保険者氏名: