

傷病手当金請求に伴う同意書兼確認回答書

傷病手当金の初回申請が、入社より2年以内の方のみ提出

常務理事	事務長	担当者

	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
同意書	古河電工健康保険組合 理事長殿					
	<p>健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、古河電工健康保険組合が関係機関に対して、健康保険加入記録・保険給付記録・療養の給付記録・診療記録・年金等の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、また、関係機関が古河電工健康保険組合の照会に対して回答をすること、及び古河電工健康保険組合がその回答を得ることに同意いたします。尚、本紙の写しも有効と認めます。</p> <p>※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、日本年金機構等を指します。</p> <p>年 月 日 住所 _____</p> <p>氏名 _____</p>					
確認事項	保険証に記載されている、当健保の資格取得日			年 月 日		
	当健保資格取得日前の過去2年間に、あなたが加入していた健康保険について該当するものに☑してください。			<input type="checkbox"/> ① 国民健康保険に加入 <input type="checkbox"/> ② 家族が加入している健康保険の扶養 <input type="checkbox"/> ③ 自分の勤務先の健康保険組合や共済組合に加入 <input type="checkbox"/> ④ 現在の会社入社前も、古河電工健康保険組合に加入		
	③と答えた方のみ、加入歴・受給歴をご記入ください↓					
	加入歴及び受給歴	保険者名 <input type="checkbox"/> _____ 健康保険(共済)組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部 <input type="checkbox"/> 不明		加入歴及び受給歴	保険者名 <input type="checkbox"/> _____ 健康保険(共済)組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部 <input type="checkbox"/> 不明	
	記号	番号	記号	番号		
	その当時の氏名		その当時の氏名			
	その保険者での、被保険者加入期間		その保険者での、被保険者加入期間			
	年 月 日 から		年 月 日 から			
	年 月 日 まで		年 月 日 まで			
	その当時の会社名		その当時の会社名			
	傷病手当金の受給歴	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし		傷病手当金の受給歴	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	
	「ある」の場合、以下ご記入ください		「ある」の場合、以下ご記入ください			
	傷病名		傷病名			
	受給した期間		受給した期間			
	年 月 日 から		年 月 日 から			
	年 月 日 まで		年 月 日 まで			
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・支給審査のため、請求からお支払いまでに数カ月かかることがあります。 ・以前、傷病手当金を受給したことがあり、前回の疾病が起因している場合には支給されないことがあります。 ・以前、他健保(国民健康保険除く)の被保険者であった期間がある方は、他健保に対して給付に関する照会を行うことがあり、その内容によっては今回ご請求の傷病手当金が支給されないことがあります。 					