

傷病手当金申請に伴う状況報告書（初回添付）

支給決定を行うにあたり調査を行う場合がありますので、以下同意書にご署名押印をお願いします。申請から支給までに数ヶ月かかることがありますので、ご了承ください。

同意書

鉄道弘済会健康保険組合が健康保険法による傷病手当金の支給決定を行うにあたり、必要に応じて関係機関に対して健康保険加入記録・保険給付記録・診療記録などの照会を行うこと、また関係機関が鉄道弘済会健康保険組合の照会に対して回答することについて同意いたします。

令和 年 月 日
鉄道弘済会健康保険組合 理事長 殿
被保険者証
記号 - 番号 _____
生年月日 昭和・平成 年 月 日
被保険者氏名 _____ (印)

【組合記入欄】 この同意書の写しは、被保険者の同意書原本と相違ないことを証明する。
鉄道弘済会健康保険組合 理事長 (印)

鉄道弘済会健康保険組合加入 1 年以内に傷病手当金の申請をする方は下記にご記入をお願いします。

鉄道弘済会健康保険組合が傷病手当金の支給審査を行う際、健康保険法で定められている、同一傷病での支給期間（1年6ヶ月）を超えていないか、また、過去の受給の継続であるのか等を判断するために必要な情報となりますので、ご記入をお願いいたします。

被保険者証 記号 - 番号 _____ 被保険者氏名 _____

① 鉄道弘済会健康保険組合に加入する前の保険加入状況についてご記入ください。

被保険者（本人）として加入していた（↓下記の4つのうちいずれかを記入）

_____健康保険組合 勤務先名称 _____

全国健康保険協会 _____ 支部 勤務先名称 _____

_____ 共済組合 勤務先名称 _____

国民健康保険

被扶養者（家族）として加入していた。

② 今までに、傷病手当金を受給していたことはありますか。

なし

あり（こちらを記入→）傷病名： _____

受給期間：平成・令和 年 月頃～平成・令和 年 月頃

※加入していた保険者名称がわからない場合は、勤務していた事業所（会社）にご確認ください。