◆傷病手当金第１回目の申請時にご提出ください。

**大陽日酸日酸健康保険組合　理事長殿**

傷病手当金初回申請に伴う同意書

１．健康保険法に基づき傷病手当金の支給決定を行うにあたり、大陽日酸健康保険組合が関係機関に対して、健康保険加入記録・給付記録・療養の記録・診療履歴・年金等 他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、また関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。

 ※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、産業医、勤務先、年金事務所等をさします。

 令和　 　年　 　月　　 日

被保険者 記号：　　 　 番号：

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

被保険者氏名

２．資格取得（入社日）から２年以内の場合は下記をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 現在の会社に入社する前の職歴 | ① | 勤務先の名称 |  |
| 勤務した期間　平・令　　年　　月　　日 ～ 平・令　　年　　月　　日 |
| 被保険者証記号－番号 | － |
| 保険者（健康保険組合等）の名称 |  |
| 1. **の勤務した期間が1年未満の場合は前々歴を②にご記入ください**
 |
| ②　 | 勤務先の名称 |  |
| 勤務した期間　平・令　　年　　月　　日 ～ 平・令　　年　　月　　日 |
| 被保険者証記号－番号 | － |
| 保険者（健康保険組合等）の名称 |  |
| **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者に🗸 印をつけてください** |
| * 国民健康保険(市区町村名　　　　　　　　　)
* 健康保険被扶養者(健康保険組合・協会けんぽ加入)

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) |
| 傷病手当金給の有無 | 1. 受けていない　　2.　受けていた・・・以下をご記入ください

傷病名　　　　　　　　　　　　　　　　受給期間：平・令　　年　　月　　日　　～ 　平・令　　年　　月　　日　受給時の保険者　　 ①の保険者　・　②の保険者　1. ②以外 保険者の名称
 |