

◆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 7 年 9 月 1 日

被保険者 記号： 12345 番号： 67

住所

被保険者氏名 日酸 大洋

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	〇〇〇 株式会社
		勤務した期間	平・令 6 年 10 月 1 日 ~ 平・令 7 年 5 月 15 日
		被保険者証記号－番号	741 - 963
		保険者（健康保険組合等）の名称	〇〇〇健康保険組合
	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	△△ 株式会社
		勤務した期間	平・令 30 年 4 月 1 日 ~ 平・令 6 年 9 月 30 日
		被保険者証記号－番号	526-987
		保険者（健康保険組合等）の名称	△△健康保険組合
	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 下肢複雑骨折		
	受給期間：平・令 6 年 4 月 1 日 ~ 平・令 6 年 5 月 31 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		