

## 傷病手当金申請に伴う状況報告書兼同意書

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、三菱鉛筆健康保険組合が関係機関(医療機関・前加入保険者・年金事務所等)に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金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。

なお、紹介先が複数となる場合は、本同意書の写しも有効と認めます。

\*当健康保険組合加入前の健康保険履歴を記入ください

保険者名称①		
勤務先名称		
区 分	<input type="checkbox"/> 被保険者として加入 <input type="checkbox"/> 被扶養者として加入	
加入期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
傷病手当金	受給歴	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	受給期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	傷病名	
保険者名称②		
勤務先名称		
区 分	<input type="checkbox"/> 被保険者として加入 <input type="checkbox"/> 被扶養者として加入	
加入期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
傷病手当金	受給歴	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	受給期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	傷病名	

令和 年 月 日

記号番号:

被保険者住所:

被保険者氏名:

㊞

