

◆傷病手当金第1回目の申請時にご提出ください。

日本酸素健康保険組合 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			
<input type="checkbox"/> 国民健康保険(市区町村名) <input type="checkbox"/> 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. <u>受けていた・・・以下をご記入ください</u>			
	傷病名	<u>下肢複雑骨折</u>		
	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 ・ <u>②の保険者</u> ① ②以外 保険者の名称 _____		