

## 調査書

現在の事業所に勤務するまでの直近1年間の職歴および健康保険の加入状況をご記入ください。  
入社前1年間について空白期間が無いように全ての加入状況をご記入ください。迅速な支給決定にご協力をお願いいたします。

被保険者等 記号・番号	— <small>※記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入</small>	被保険者 氏名	(フリガナ)
入社日	令和 年 月 日		
採用時健康状態	健康診断受診： 有 / 無 「無」の際の健康状態： ( )		
入社前の 勤務歴	※入社日と①との間に期間が空いている場合は、その時に加入していた保険にチェックをしてください。		
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 (市区町村名 ) <input type="checkbox"/> 健康保険未加入 <input type="checkbox"/> 健康保険被扶養者 (健康保険組合・協会けんぽ加入) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	① 勤務先の名称： 勤務した期間： S・H・R 年 月 日 ~ S・H・R 年 月 日 保険者(健康保険組合等)の名称： 健康保険被保険者等記号・番号：		
	※①の勤務した期間が1年未満の場合は前々歴を下記②にご記入ください。		
病歴	② 勤務先の名称： 勤務した期間： S・H・R 年 月 日 ~ S・H・R 年 月 日 保険者(健康保険組合等)の名称： 健康保険被保険者等記号・番号：		
	入社日以前の傷病手当金の受給の有無について 1. 受給歴有り → 傷病名 ( ) 受給期間： (H・R 年 月 日 ~ H・R 年 月 日) 受給時の保険者 ( ①と同じ ・ ②と同じ ・ ①②以外 ) ※「①②以外」の場合は下記に保険者名、記号番号を記入してください。 保険者(健康保険組合等)の名称： 健康保険被保険者等記号・番号：		
	2. 受給歴無し		
上記の通り、相違ありません。 被保険者氏名：			

## 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、関係機関に対し、東京薬業健康保険組合が給付記録等の照会を行うこと、また関係機関が傷病手当金の支給決定に必要な情報を東京薬業健康保険組合に対して提供することに同意いたします。

※ なお、照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

令和 年 月 日

住 所：

被保険者氏名：

生 年 月 日： S・H 年 月 日

東京薬業健康保険組合