

トップグループ健康保険組合 理事長 殿

同意書

私は、この傷病手当金支給申請に関し、トップグループ健康保険組合が支給決定するにあたって、審査に必要な情報（健康保険加入記録・保険給付記録・診療記録など）を関係機関等へ照会を行うこと、また照会先が回答・提出を行う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、年金事務所等を指します。

※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

被保険者等記号

番号

氏名

生年月日（昭和・平成・令和）

年

月

日

〒

住所

傷病手当金申請に伴う前健康保険等加入状況回答書

■太枠内にご記入ください。 ■傷病手当金支給の審査のため、健康保険法で定められている同一の傷病(関連疾病含む)での期間(1年6ヶ月)、以前受給した傷病の継続であるか等の状況を判断しますので過去3年間の加入状況をご記入ください。複数箇所加入していた場合は時系列でご記入ください。記入欄が足りない場合は続紙をご使用ください。

■全国健康保険協会(協会けんぽ)に所属していた場合、照会の関係上、前勤務先社名、基礎年金番号の記入は必須です。(記入がなかった場合は、確認のため日中連絡先携帯番号に連絡します。あらかじめご了承ください。)

氏名		記号一番号	—
住所	日中連絡先携帯番号 — —		
□トップグループ健康保険組合に加入し3年以上経過しています。(資格取得：令和 年 月 日)			

■以前加入していた健康保険組合等の加入詳細状況・期間を正しく記入して下さい。

前健康保険等 加入名称	□健康保険組合 健保名： 健康保険組合	
	□全国健康保険協会(協会けんぽ) 支部名： 支部	
	□国民健康保険 自治体名： □健康保険未加入	
加入状況	□被保険者(本人) □被扶養者(ご家族)	
前勤務先社名	A:基礎年金番号	—
加入期間	昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日	

前健康保険等 加入名称	□健康保険組合 健保名： 健康保険組合	
	□全国健康保険協会(協会けんぽ) 支部名： 支部	
	□国民健康保険 自治体名： □健康保険未加入	
加入状況	□被保険者(本人) □被扶養者(ご家族)	
前勤務先社名	A:基礎年金番号	—
加入期間	昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日	

前健康保険等 加入名称	□健康保険組合 健保名： 健康保険組合	
	□全国健康保険協会(協会けんぽ) 支部名： 支部	
	□国民健康保険 自治体名： □健康保険未加入	
加入状況	□被保険者(本人) □被扶養者(ご家族)	
前勤務先社名	A:基礎年金番号	—
加入期間	昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日	

前健康保険等 加入名称	□健康保険組合 健保名： 健康保険組合	
	□全国健康保険協会(協会けんぽ) 支部名： 支部	
	□国民健康保険 自治体名： □健康保険未加入	
加入状況	□被保険者(本人) □被扶養者(ご家族) 被保険名：	
前勤務先社名	A:基礎年金番号	—
加入期間	昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日	

傷病手当金申請に伴う前健康保険等加入状況回答書【続紙】

■以前加入していた健康保険組合等の加入詳細状況・期間を正しく記入して下さい。

前健康保険等 加入名称	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 健保名： _____ 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（協会けんぽ） 支部名： _____ 支部 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 自治体名： _____ <input type="checkbox"/> 健康保険未加入		
加入状況	<input type="checkbox"/> 被保険者（本人） <input type="checkbox"/> 被扶養者（ご家族）		
前勤務先社名		A:基礎年金番号	—
加入期間	昭・平・令 年 月 日 ～ 昭・平・令 年 月 日		

前健康保険等 加入名称	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 健保名： _____ 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（協会けんぽ） 支部名： _____ 支部 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 自治体名： _____ <input type="checkbox"/> 健康保険未加入		
加入状況	<input type="checkbox"/> 被保険者（本人） <input type="checkbox"/> 被扶養者（ご家族）		
前勤務先社名		A:基礎年金番号	—
加入期間	昭・平・令 年 月 日 ～ 昭・平・令 年 月 日		

前健康保険等 加入名称	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 健保名： _____ 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（協会けんぽ） 支部名： _____ 支部 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 自治体名： _____ <input type="checkbox"/> 健康保険未加入		
加入状況	<input type="checkbox"/> 被保険者（本人） <input type="checkbox"/> 被扶養者（ご家族）		
前勤務先社名		A:基礎年金番号	—
加入期間	昭・平・令 年 月 日 ～ 昭・平・令 年 月 日		

前健康保険等 加入名称	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 健保名： _____ 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（協会けんぽ） 支部名： _____ 支部 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 自治体名： _____ <input type="checkbox"/> 健康保険未加入		
加入状況	<input type="checkbox"/> 被保険者（本人） <input type="checkbox"/> 被扶養者（ご家族）		
前勤務先社名		A:基礎年金番号	—
加入期間	昭・平・令 年 月 日 ～ 昭・平・令 年 月 日		

前健康保険等 加入名称	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 健保名： _____ 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（協会けんぽ） 支部名： _____ 支部 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 自治体名： _____ <input type="checkbox"/> 健康保険未加入		
加入状況	<input type="checkbox"/> 被保険者（本人） <input type="checkbox"/> 被扶養者（ご家族）		
前勤務先社名		A:基礎年金番号	—
加入期間	昭・平・令 年 月 日 ～ 昭・平・令 年 月 日		