

トップグループ健康保険組合 理事長 殿

記入例 ※初回申請時のみご記入の上、ご提出ください。

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の審査のために、関係機関等への内容について照会を行うこと、また照会先が回答・提出を行うことに同意いたします。

なお、本紙の写しも有効と認めます。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

被保険者等記号 ○○ 番号 ○○○○

氏名 健保 太郎

生年月日（昭和・平成・令和） 10 年 6 月 16 日

〒 450 - × × × ×

住所 愛知県名古屋市中村区○○1-2-3

記入例

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	健保 太郎	記号—番号	〇〇—〇〇〇
住 所	450-XXXX 名古屋市中村区〇〇1-2-3 日中連絡先携帯番号 000-XXXX-9999		
☒ 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 4 年 6 月 1 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。

協会けんぽに 本人で加入し ていた場合	☐ 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： 愛知 支部		
	☐ 国民健康保険 自治体名： 健康保険未加入		
	☒ 被保険者(本人) ☐ 被扶養者(ご家族)		
前勤務先社名	株式会社〇〇〇〇	A:基礎年金番号	1X2 — 4X6X8X
加入期間	昭 平・令30年8月1日 ～ 昭・平・令4年5月31日		

協会けんぽに 家族の被扶養 者として加入 していた場合	☐ 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： 大阪 支部		
	☐ 国民健康保険 自治体名： 健康保険未加入		
	☐ 被保険者(本人) ☒ 被扶養者(ご家族)		
加入期間	株式会社〇〇〇〇	A:基礎年金番号	3XX — 5X7X9X
	昭 平・令10年1月25日 ～ 昭・平・令4年5月31日		

健康保険組合 に本人で加入 していた場合	☒ 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		
	☒ 被保険者(本人) ☐ 被扶養者(ご家族)	記入不要	
加入期間	株式会社〇〇〇〇	A:基礎年金番号	—
	昭 平・令25年4月1日 ～ 昭・平・令4年5月31日		

健康保険組合 に家族の被扶 養者として加 入していた場 合	☒ 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		
	☐ 被保険者(本人) ☒ 被扶養者(ご家族)	記入不要	
加入期間	株式会社〇〇〇〇	A:基礎年金番号	—
	昭 平・令10年1月25日 ～ 昭・平・令4年5月31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	☐ 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		
	☐ 被保険者（本人） ☐ 被扶養者（ご家族）		
	A:基礎年金番号 —		
入社日が6月1日で直近は健康保険未加入でその前に健康保険組合に本人で加入していた場合	昭・平・令 6 年 4 月 1 日 ～ 昭・平・令 6 年 5 月 31 日		
	☒ 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		
	☐ 被保険者（本人） ☐ 被扶養者（ご家族） 記入不要		
前勤務先社名	株式会社○○○○		A:基礎年金番号 —
加入期間	昭・平・令 年 月 日 ～ 昭・平・令 6 年 4 月 30 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）		
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		