

◆傷病手当金請求に伴う前健康保険組合情報回答書◆

(傷病手当金の初回申請が、エクセディ健康保険組合の資格取得から2年以内の方のみ提出)

傷病手当金支給の審査上、健康保険法で定められている同一の傷病(関連傷病も含む)での支給期間(1年6か月)を超えていないか、また過去に受給があった傷病の継続であるか、再発なのか等を判断するために、貴殿がエクセディ健康保険組合に加入する以前2年間に加入されていたすべての健康保険組合等の情報が必要となりますので、太枠内にご記入ください。

被保険者等の 記号番号	記号	番号	被保険者氏名 (自筆で記入)	
----------------	----	----	-------------------	--

◆複数箇所に加入していた場合は、エクセディ健康保険組合の健康保険資格取得日以前2年前の加入歴まで空白期間がないように記入してください。

◆3ヶ所以上の場合、用紙をコピーしてください。

健康保険組合等の名称				無保険の場合 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※協会けんぽの場合は支部名、国民健康保険の場合は市区町村名を必ず記入してください					
健康保険組合等の連絡先	住 所				
	電話番号				
被保険者等の記号番号	記号		番号		
傷病手当金の受給	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input checked="" type="checkbox"/> ありの場合は 傷病名		
加入状況	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族として加入)「被保険者名」				
加入期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
加入時の氏名及び勤務先 事業所名	氏 名		会社名		

健康保険組合等の名称				無保険の場合 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※協会けんぽの場合は支部名、国民健康保険の場合は市区町村名を必ず記入してください					
健康保険組合等の連絡先	住 所				
	電話番号				
被保険者等の記号番号	記号		番号		
傷病手当金の受給	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input checked="" type="checkbox"/> ありの場合は 傷病名		
加入状況	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族として加入)「被保険者名」				
加入期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
加入時の氏名及び勤務先 事業所名	氏 名		会社名		

◆この回答書は、傷病手当金の支給決定をするための資料の一部となり初回請求時のみ提出をお願いします。

◆支給可否審査のため、申請から決定までに数か月かかることがあります。

◆健康保険が変更した場合、前の健康保険の情報を引き継ぐ場合があります。

◆以前、傷病手当金を受給したことがあり、前回の傷病が起因している場合には支給されないことがあります。

◆以前、他保険(国民健康保険を除く)の被保険者であった期間がある方は、他健保に対して給付に関する照会を行うことがあり、その内容によっては今回ご請求の傷病手当金が支給されないことがあります。

エクセディ健康保険組合理事長 殿

同意書

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、エクセディ健康保険組合から関係諸機関に対して、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、また関係諸機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。

※関係諸機関とは、前加入保険者、医療機関、産業医、勤務先、年金事務所等です。

令和 年 月 日

住 所

氏 名
