取得接近調査書（当組合で資格を取得してから1年未満で傷病手当金を請

記入例

傷病手当金は加入する健康保険が変更したとき、支給開始日等の情報を以前加入していた健康保険から引継ぐ場合があります。
当組合へ加入されてから1年未満で請求される方は、支給決定に際し必要なため以下を記入しご提出ください。
なお、取得接近調査書の添付が無いと内容審査が進められず支給決定にお時間をいただくこととなりますので必ずご添付ください。

被保険者等 記号・番号	記号 XXX － 番号 XXXX	被保険者の氏名	(フリガナ) ジョウホウ　タロウ 情報　太郎
被保険者の現住所	〒XXX－XXXX 千代田区〇〇〇1－1－101		

健康保険の加入状況

①	加入期間	平成29年 1月 1日 ～ 平成30年 3月 31日		無保険のとき☑		□
	保険者の名称	協会けんぽ 東京 支部・＿＿＿＿＿＿健保組合・＿＿＿＿国民健康保険				
	被保険者等記号・番号	XXXXXX － XXX		傷病手当金の受給	あり ・ なし	
	社会保険の加入のとき	会社名	㈱〇〇〇	会社所在地	千代田区〇〇〇2－2	
	家族の扶養であったとき	被保険者氏名		備考		
②	加入期間	平成30年 4月 1日 ～ 平成30年 6月 30日		無保険のとき☑		□
	保険者の名称	協会けんぽ＿＿支部・＿＿＿＿＿＿健保組合・ 千代田区 国民健康保険				
	被保険者等記号・番号	XXXX － X		傷病手当金の受給	あり ・ なし	
	社会保険の加入のとき	会社名		会社所在地		
	家族の扶養であったとき	被保険者氏名		備考		
③	加入期間	平成30年 7月 1日 ～ 平成30年 12月 31日		無保険のとき☑		□
	保険者の名称	協会けんぽ＿＿支部・ 〇〇〇〇〇〇 健保組合・＿＿＿＿国民健康保険				
	被保険者等記号・番号	XXXX － XX		傷病手当金の受給	あり ・ なし	
	社会保険の加入のとき	会社名		会社所在地		
	家族の扶養であったとき	被保険者氏名	情報　一郎	備考		

健康保険加入記録および保険給付記録の調査に関する同意欄

私は、東京都情報サービス産業健康保険組合が上記「健康保険の加入状況」に記載された関係機関(※)に私自身に関する健康保険の加入記録・給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会を行うこと、関係機関が東京都情報サービス産業健康保険組合の照会に対して回答することに同意します。

※関係機関とは、以前加入していた健康保険の保険者、受診していた医療機関、日本年金機構、勤務していた事業所等を指します。

令和　XX年　4月　1日

東京都情報サービス産業健康保険組合
理事長　殿　　被保険者氏名　情報　太郎

〔記入上の注意〕

・加入日より前の**直近２年間の職歴および健康保険の加入状況について空白期間無く**ご記入ください。
・健康保険に加入していない期間(無保険の期間)があるときは、住所地の年金事務所より**「年金加入記録」を取得し添付**してください。
・社会保険に加入していた期間で保険者の名称、被保険者等記号・番号などが不明なときは、以前勤務していた会社にお問合せください。未記入では内容審査を進めることができません。
・ご家族の被扶養者として加入していた期間は「家族の扶養であったとき」欄に被保険者の氏名を記入してください。
・用紙が不足するときは複数枚ご用意いただき記入ください。

※取得した個人情報は、保険給付金支給決定の目的以外には利用いたしません。