

健康保険傷病手当金第一回目請求に伴う報告書

リクルート健康保険組合が傷病手当金の審査を行う際、健康保険法で定められている、同一の傷病での支給期間(1年6ヶ月)を超えていないか、また、過去の受給の継続なのか再発なのかを判断するために必要な情報となりますのでご記入をお願いします。

被保険者証 記号・番号 _____ 被保険者氏名 _____ (印)

①リクルート健康保険組合に加入する前の、直近の保険加入状況についてご記入ください。

被保険者として加入していた (↓下記の4つのいずれかを記入)

_____ 健康保険組合 加入期間: 約 _____ 年 _____ ヵ月

全国健康保険協会 _____ 支部 加入期間: 約 _____ 年 _____ ヵ月

国民健康保険 _____ 市・区 加入期間: 約 _____ 年 _____ ヵ月

_____ 共済組合 加入期間: 約 _____ 年 _____ ヵ月

被扶養者として加入していた 加入期間: 約 _____ 年 _____ ヵ月

直近はどの保険にも加入していなかった

②今までに、傷病手当金を受給していたことはありますか。

なし

あり (傷病手当金受給当時の情報を記入して → してください)

・保険者名 _____ (健康保険組合)
・保険証の記号番号 _____
・勤務されていた事業所(会社)名 _____
・傷病名 _____
・受給期間 _____ 年 _____ 月頃 ~ _____ 年 _____ 月頃

※加入または受給していた保険者名称が分からない場合は、勤務していた事業所(会社)にご確認ください。
※受給歴が複数ある場合は、直近の受給についてのみご記入ください。

●過去に傷病手当金の受給歴がある場合、関係機関への給付記録の照会を行いますので、下記の同意書にご記入・ご捺印をお願いいたします。(取得した個人情報、傷病手当金支給決定・審査の目的以外には利用いたしません)

「健康保険加入記録」「保険給付記録」照会に対する同意書

私は、リクルート健康保険組合が傷病手当金の審査を行うにあたり、必要に応じて関係機関に対して健康保険加入記録・保険給付記録・療養の給付記録・診療記録などの照会を行うこと、また関係機関がリクルート健康保険組合の照会に対して回答することについて同意いたします。
※関係機関とは、以前加入されていた健康保険の保険者、受診した医療機関(医師の意見欄を記載をした医療機関、リクルート健康保険組合に診療報酬請求を行った医療機関で今回の傷病に関連のある受診医療機関)、勤務されていた事業所(会社)などを指します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

リクルート健康保険組合 殿

被保険者氏名: _____ (印)

リクルート健康保険組合