

# 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、同一傷病での支給期間(1年6ヵ月)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 健保 花子

健保 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。  
(直近が未加入だった方は、一番最後に加入していた保険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つのうちいずれかを記入)

ABCDE 健康保険組合 加入期間：約 3 年 6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

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 (こちらを記入→) 傷病名：自律神経失調症

受給期間：平成 24 年 10 月頃 ~ 平成 25 年 1月

保険者名：ABCDE (健康保険組合)

※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。(取得した個人情報は、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、勤務されていた事業所(会社)などを指します。

平成 27 年 4 月 30 日

リクルート健康保険組合 殿

被保険者氏名： 健保 花子

健保 印