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ケ月）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　25 ― 111 ―（枝番）　　被保険者氏名　健保　一郎　㊞

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）

☑ 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

☐ 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　ＡＢＣＤＥ　（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　ＡＢＣＤＥ商事会社
・傷病名　虫垂炎
・受給期間　令和　元年　1月頃　～　令和　元年　3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。

●傷病手当金の受給歴や受診している医療機関に療養状況を確認する必要がある場合は、関係機関へ給付記録等の照会を行いますので、下記の同意書にご記入・ご捺印をお願い致します。
※同意書は審査に必要なため、全員にご記入、ご捺印をいただいております。
※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」等の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。

令和　3　年　4　月　26　日

リクルート健康保険組合　　殿

被保険者氏名：　健保　一郎　㊞