

■ 傷病手当金の受給歴説明書

直近の履歴から順にご記入ください。

加入していた健康保険		勤務先について		傷病手当金の受給歴について	
名称		名称		受給有無	有 ・ 無
電話		電話			↓ 有の場合
取得種別	被保険者・被扶養者	職業		傷病名	
得喪日	年 月 日取得			受給期間	年 月 日から
	年 月 日喪失				年 月 日まで
保険証の 記号番号	記号 番号				

加入していた健康保険		勤務先について		傷病手当金の受給歴について	
名称		名称		受給有無	有 ・ 無
電話		電話			↓ 有の場合
取得種別	被保険者・被扶養者	職業		傷病名	
得喪日	年 月 日取得			受給期間	年 月 日から
	年 月 日喪失				年 月 日まで
保険証の 記号番号	記号 番号				

加入していた健康保険		勤務先について		傷病手当金の受給歴について	
名称		名称		受給有無	有 ・ 無
電話		電話			↓ 有の場合
取得種別	被保険者・被扶養者	職業		傷病名	
得喪日	年 月 日取得			受給期間	年 月 日から
	年 月 日喪失				年 月 日まで
保険証の 記号番号	記号 番号				

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

保険証記号番号 —

被保険者名