

■ 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	〇〇〇〇健康保険組合	名称	株式会社〇〇〇〇	受給有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
電話	000-000-0000	電話	000-000-0000		↓ 有の場合
取得種別	<input checked="" type="radio"/> 被保険者・被扶養者	職業	会社員	傷病名	〇〇〇〇
得喪日	20年 4 月 1 日取得			受給期間	24年 3 月 1 日から
	24年 3 月 31 日喪失				24年 3 月 31日まで
保険証の記号番号	記号 0 番号 0000				

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	<input type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 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。

3年 10月 5日

保険証記号番号 3 - 1234

被保険者名 健保 太郎