

■傷病手当金請求に伴う前健保情報回答書

傷病手当金支給の審査上、健康保険法で定められている同一の傷病（関連疾病含む）での期間（1年6ヵ月）を超えていないか、また、過去に受給があった傷病の継続であるか・再発なのか等を判断するために、貴殿がソニー健保に加入する以前2年間に加入されていた全ての健康保険組合等の情報をお知らせいただく必要があります。太枠内にご記入の上、提出してください。

*複数箇所に加入していた場合は、時系列ですべてご記入ください。

ソニー健保の保険証の記号・番号	記号 番号	被保険者氏名 (自筆で記入)
	—	

以前加入していた健康保険組合等の詳細情報を下記へ記入して下さい。

(万一、無保険期間がある場合は、健康保険組合等の名称欄に「無保険」と記入し、期間を正しく記入してください)

1	健康保険組合等の名称	※協会けんぽの場合は支部名、国民健康保険の場合は市区町村名を必ず記入して下さい			
	健康保険組合等の連絡先	住所 電話番号			
	保険証記号・番号	記号	番号		
	加入状況	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族として加入) (被保険者名)			
	加入期間	昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日			
	加入時の氏名および勤務先事業所名	氏名		会社名	
2	健康保険組合等の名称	※協会けんぽの場合は支部名、国民健康保険の場合は市区町村名を必ず記入して下さい			
	健康保険組合等の連絡先	住所 電話番号			
	保険証記号・番号	記号	番号		
	加入状況	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族として加入) (被保険者名)			
	加入期間	昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日			
	加入時の氏名および勤務先事業所名	氏名		会社名	
3	健康保険組合等の名称	※協会けんぽの場合は支部名、国民健康保険の場合は市区町村名を必ず記入して下さい			
	健康保険組合等の連絡先	住所 電話番号			
	保険証記号・番号	記号	番号		
	加入状況	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族として加入) (被保険者名)			
	加入期間	昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日			
	加入時の氏名および勤務先事業所名	氏名		会社名	

- ◆ この回答書は、傷病手当金の支給決定をするための資料の一部となります。
記入がない場合は審査ができませんので、全ての項目について正確にご記入ください。
- ◆ この回答書は、初回請求時のみ提出をお願いいたします。継続して請求の際は提出の必要はありません。
- ◆ この調査は健康保険法第59条（文書の提出等）に基づき行っております。