

傷病手当金初回請求に伴う同意書兼回答書

(傷病手当金の初回申請が、当組合の資格取得から2年以内の方のみ提出)

被保険者等記号・番号		被保険者氏名	生年月日	
記号	番号	フリガナ	☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日

同意書	トランス・コスモス健康保険組合 理事長 殿
	トランス・コスモス健康保険組合が、関係各位に対し、私自身に関する保険給付（療養・現金とも）の記録、診療報酬明細書、加入期間及び加入時の被保険者記号番号について、照会あるいは提供を求めた場合、これを提供及び開示することに同意します。なお、本書の写しも有効と認めます。
	※ 関係各位とは、前加入保険者、団体（会社他）、医療機関等を指します。 また、照会は複数となる場合があります。
	年 月 日 住所 氏名

当組合の健康保険資格取得日以前2年前の加入歴まで空白期間がないように記入してください。

3ヵ所以上の場合、用紙をコピーしてください。加入期間中住所・加入時氏名が現在と同一の場合は記入の必要はありません。

健康保険加入状況	加入期間	年 月 日 ~ 年 月 日	無保険の場合 ☒ ☐		
	保険者名	☐ 全国健康保険協会【協会けんぽ】() 支部 ☐ () 健康保険(共済) 組合 ☐ 国民健康保険			
	記号・番号	☐ 不明	傷病手当金受給	☐ あり ☐ なし	
	勤務先名称	加入区分		☐ 本人 ☐ 家族	
	加入期間中住所	加入時氏名			
	加入期間	年 月 日 ~ 年 月 日	無保険の場合 ☒ ☐		
	保険者名	☐ 全国健康保険協会【協会けんぽ】() 支部 ☐ () 健康保険(共済) 組合 ☐ 国民健康保険			
	記号・番号	☐ 不明	傷病手当金受給	☐ あり ☐ なし	
	勤務先名称	加入区分		☐ 本人 ☐ 家族	
	加入期間中住所	加入時氏名			

注意点	健康保険が変更した場合、前の健康保険の情報を引き継ぐ場合があります。傷病手当金の初回申請が、当組合の資格取得から2年以内の場合は以前の健康保険の加入状況を記入し傷病手当金申請書と併せて提出してください。
	・この調査書の添付が無い場合は傷病手当金の審査が進められず支給決定に時間がかかりますのでご了承ください。 ・支給可否審査のため、申請から決定までに数ヶ月かかることがあります。 ・以前、傷病手当金を受給したことがあり、前回の疾病が起因している場合には支給されないことがあります。 ・以前、他保険(国民健康保険を除く)の被保険者であった期間がある方は、他健保に対して給付に関する照会を行うことがあり、その内容によっては今回ご請求の傷病手当金が支給されないことがあります。