取得接近調査書（当組合で資格を取得してから1年未満で傷病手当金を申請される方）

傷病手当金は加入する健康保険が変更したとき、支給開始日等の情報を以前加入していた健康保険から引き継ぐ場合があります。
当組合へ加入されてから1年未満で申請される方は支給決定に際し、記入をお願いいたします。
なお、取得接近調査書ならびに同意書の添付がないと内容審査が進めれらず支給決定にお時間をいただくことになりますので必ずご添付ください。

※加入日より前の直近１年間の職歴および健康保険の加入状況について空白期間をなくご記入ください。
※用紙が不足するときは複数枚ご使用ください。

※訂正する場合は二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被保険者等記号・番号	記号	××××	番号	××××××	氏名	住重　健太
被保険者住所	〒 141-×××× 東京都品川区大崎×ー×ー×					
事業所名	株式会社　○○○○					
入社日	令和 5 年 10 月 1 日					

健康保険の加入歴	前回加入	①-1　健保の加入状況	☐ 国民健康保険　☑ 健康保険組合等　☐ 健康保険未加入			
		①-2　加入期間	☐ 昭和　☑ 平成　☐ 令和　26 年　4 月　1 日 から ☐ 昭和　☐ 平成　☑ 令和　5 年　9 月　30 日 まで			
		①-3　保険者（健康保険組合等）の名称 ※協会けんぽは支部名までご記入ください。	○○○○健康保険組合			
		①-4　被保険者等記号・番号	記号	×××××	番号	#######
		①-5　加入状況	☑ 被保険者として加入していた　→　①-6 に勤務先名称をご記入ください。 ☐ 被扶養者であった（扶養家族）			
		①-6　勤務先名称	株式会社　○○○○			
	前々回加入	②-1　健保の加入状況	☐ 国民健康保険　☐ 健康保険組合等　☐ 健康保険未加入			
		②-2　加入期間	☐ 昭和　☐ 平成　☐ 令和　年　月　日 から ☐ 昭和　☐ 平成　☐ 令和　年　月　日 まで			
		②-3　保険者（健康保険組合等）の名称 ※協会けんぽは支部名までご記入ください。				
		②-4　被保険者等記号・番号	記号		番号	
		②-5　加入状況	☐ 被保険者として加入していた　→　②-6 に勤務先名称をご記入ください。 ☐ 被扶養者であった（扶養家族）			
		②-6　勤務先名称				
傷病手当金受給歴	入社日以前の傷病手当金の受給の有無について					
		③　受給歴の有無	☐ なし　☑ あり　→ ありの場合は、下記④-1から6までご記入ください。			
		④-1　傷病名	肋骨骨折			
		④-2　受給期間	☑ 平成　☐ 令和　29 年　7 月　○○ 日 から ☑ 平成　☐ 令和　29 年　8 月　×× 日 まで			
		④-3　受診時の保険者	☑ 前回加入健保①と同じ　☐ 前々回加入健保②と同じ　☐ 左記①②以外　→　①②以外の場合は下記にご記入ください。			
		④-4　保険者（健康保険組合等）の名称	○○○○健康保険組合			
		④-5　被保険者等記号・番号	記号	×××××	番号	#######
		④-6　受給していた当時の住所	#######			
今回の傷病の初診日			☑ 平成　☐ 令和　29 年　7 月　○○ 日			

上記のとおり、相違ありません。

令和　6　年　2　月　××　日

被保険者氏名（自署）　住重　健太　住重

※自署できない場合は捺印が必要です。

令和6年12月改訂