

傷病手当金給付歴等申出書 (A)

今回の傷病手当金申請期間前3年間に、私が受給した傷病手当金等について、
申し出いたします。

申出日 年 月 日

記号： _____ 番号： _____

被保険者名(自署) _____

1	健康保険組合等の名称等	[名称] [電話番号] ()
	健康保険の記号-番号	[記号] [番号]
	勤務先名称 等	[名称] [電話番号] ()
	傷病手当金の受給履歴等	[傷病名] [受給期間] 年 月 日から 年 月 日

2	健康保険組合等の名称等	[名称] [電話番号] ()
	健康保険の記号-番号	[記号] [番号]
	勤務先名称 等	[名称] [電話番号] ()
	傷病手当金の受給履歴等	[傷病名] [受給期間] 年 月 日から 年 月 日

3	健康保険組合等の名称等	[名称] [電話番号] ()
	健康保険の記号-番号	[記号] [番号]
	勤務先名称 等	[名称] [電話番号] ()
	傷病手当金の受給履歴等	[傷病名] [受給期間] 年 月 日から 年 月 日

取得した個人情報、傷病手当金支給決定の目的以外には利用いたしません。

※欄が不足する場合は、コピーを取りご記入ください。

当該「申出書」は、三井健保が今回の申請期間前3年間の傷病手当金給付歴等を情報連携にて確認した結果、前保険者から傷病手当金が支給されていた方で、今回の審査のため、三井健保から支給した前保険者に傷病手当金支給内容等を照会する場合にご提出いただきます。

「申出書」に基づき、前保険者に傷病手当金の給付歴等(傷病名や給付期間および医療機関受診履歴等)について照会します。審査に必要な場合は、医療機関等にも受診状況等の照会を行い、支給の可否等を決定いたします。