

ポーラ・オルビスグループ健康保険組合 殿
傷病手当金の過去の受給状況申告書

記入年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日
氏名 _____ 印
連絡可能な電話番号 _____
メールアドレス _____ @ _____

当健保の加入履歴が浅い方に対し、過去の給付履歴を確認するため下記の項目を記載いただいております。
記憶の範囲で結構ですので記入してください。健保組合より過去の健保組合へ履歴の照会を行います。

1. 過去3年間に加入していた健保組合の傷病手当金の受給歴等についてご記入ください。（複数ある場合は新しいものからご記入ください）

	例	記入欄1	記入欄2	記入欄3
健保組合名	全国健康保険協会 東京支部			
事業所名（会社名）	〇〇株式会社			
加入期間（年月日）	2023. 1. 6 ～ 2024. 6. 30	～	～	～
加入区分	被保険者・被扶養者	被保険者・被扶養者	被保険者・被扶養者	被保険者・被扶養者
傷病手当金の受給	有・無	有・無	有・無	有・無

※受給なしの場合以下不要

傷病手当金の受給期間（年月日）	2024. 4. 1 ～ 2024. 6. 30	～	～	～
傷病手当金の傷病名	適応障害			
かかっていた医療機関名 （わかれば所在地）	〒141-0031 東京都品川区西五反田 2-2-10 〇〇クリニック			
診療科・担当医師名	健保 太郎			
当時の現住所 ※現在と異なる際はご記入ください	同上			

2. 過去3年間で国民健康保険・共済組合に加入していた方は、加入期間をご記入ください。

加入していた保険	期間（年月日）	備考
	～	
	～	