

# 傷病手当金(1回目)に必要な書類について

当組合の加入期間1年未満の方が傷病手当金の請求をする場合は、  
下記の書類を傷病手当金・付加金請求書と一緒にご提出ください。  
ご提出がない場合、支給決定に時間を要する場合がありますのでご注意ください。

《必要書類》

- ① 受給状況回答書
- ② 個人情報提供同意書(医療機関用)
- ③ 個人情報提供同意書(保険者用)

傷病手当金の支給期間は、同一の疾病または負傷およびこれによって発した疾病に関して、  
1年6か月となっています。

そのため、傷病手当金(1回目)の審査では、以前加入していた健康保険組合の加入歴、  
同期間内の傷病手当金の受給歴について書面にて回答していただき必要があります。

また、その内容をもとに、医療機関・以前加入の保険者へ当組合から照会をすることも  
ありますので、傷病手当金(1回目)のご提出の際には、必ず上記の書類を  
ご添付いただきますようお願いいたします。

《提出先・問い合わせ先》

〒231-0033  
神奈川県横浜市中区長者町3-8-11  
リッシュアヴェニュー横濱関内5階  
神奈川県医療従事者健康保険組合 給付担当

電話 045-641-3400  
※お問合せの際は、健康保険証の記号・番号をお知らせください。

神奈川県医療従事者健康保険組合 2021.3

資格取得日

資格取得日を入力してください。

受給状況回答書

記号番号

-

記載日 令和 年 月 日

氏名

から  
上記の期間についてご記入ください

- ※ 当組合加入以前、過去3年間の受給状況について記入してください。
- ※ 該当の箇所を○で囲むか、記入してください。

〔健康保険加入履歴について〕		
加入期間	加入保険者	加入資格
A 平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日	1 健康保険組合 (組合名 ) 2 全国健康保険協会 (支部名 ) (事業所名 ) 3 国民健康保険 (市町村名 ) 4 その他 ( )	1 被保険者本人 2 被扶養者 被保険者氏名 ( )
B 平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日	1 健康保険組合 (組合名 ) 2 全国健康保険協会 (支部名 ) (事業所名 ) 3 国民健康保険 (市町村名 ) 4 その他 ( )	1 被保険者本人 2 被扶養者 被保険者氏名 ( )
C 平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日	1 健康保険組合 (組合名 ) 2 全国健康保険協会 (支部名 ) (事業所名 ) 3 国民健康保険 (市町村名 ) 4 その他 ( )	1 被保険者本人 2 被扶養者 被保険者氏名 ( )
D 平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日	1 健康保険組合 (組合名 ) 2 全国健康保険協会 (支部名 ) (事業所名 ) 3 国民健康保険 (市町村名 ) 4 その他 ( )	1 被保険者本人 2 被扶養者 被保険者氏名 ( )
E 平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日	1 健康保険組合 (組合名 ) 2 全国健康保険協会 (支部名 ) (事業所名 ) 3 国民健康保険 (市町村名 ) 4 その他 ( )	1 被保険者本人 2 被扶養者 被保険者氏名 ( )

〔上記期間にかかる傷病手当金の受給の有無について〕		
1 受給有り ⇒ 受給有りの場合は下記の項目にお答えください。 2 受給無し		
A 受給期間	平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日	対象傷病名 ( )
B 受給期間	平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日	対象傷病名 ( )
C 受給期間	平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日	対象傷病名 ( )
D 受給期間	平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日	対象傷病名 ( )
E 受給期間	平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日	対象傷病名 ( )

※ 用紙が足りないときは裏面等を使用してください。

## 個人情報提供同意書

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、私が過去に加入していた保険者に対し、神奈川県医療従事者健康保険組合が給付記録等の照会を行うこと、および私が過去に加入していた保険者が上記照会に関する回答を神奈川県医療従事者健康保険組合に対して行うことに同意いたします。

なお本書の写しも有効といたします。

神奈川県医療従事者健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

同意者氏名 \_\_\_\_\_

被保険者

記号番号 \_\_\_\_\_

## 個人情報提供同意書

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、私が過去に受診した医療機関等に対し、神奈川県医療従事者健康保険組合が診療内容等の照会を行うこと、および私が過去に受診した医療機関等が上記照会に関する回答を神奈川県医療従事者健康保険組合に対して行うことに同意いたします。

なお本書の写しも有効といたします。

神奈川県医療従事者健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

同意者氏名 \_\_\_\_\_

被保険者

記号番号 \_\_\_\_\_