

# 受給状況回答書

記号番号

—

記載日

年 月 日

氏名

印

※ 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 平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月	1 健康保険組合 (組合名 ) 2 全国健康保険協会 (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 平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月	1 健康保険組合 (組合名 ) 2 全国健康保険協会 (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 平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月	1 健康保険組合 (組合名 ) 2 全国健康保険協会 (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 平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月	1 健康保険組合 (組合名 ) 2 全国健康保険協会 (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 平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月	1 健康保険組合 (組合名 ) 2 全国健康保険協会 (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 平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月	対象傷病名 ( )	
B	受給期間 平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月	対象傷病名 ( )	
C	受給期間 平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月	対象傷病名 ( )	
D	受給期間 平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月	対象傷病名 ( )	
E	受給期間 平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月	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。

※ 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。