加入期間 1 年未満の方は必ずご提出ください

令和 年 月 日

被保険者等 記号： _____ 番号： _____ 被保険者氏名： _____

傷病手当金の請求に伴う状況確認

① これまでに傷病手当金を受給したことがありますか。

該当の方に✓をつけてください。(サノヤス健保加入前の受給も含め回答ください)

受給したことがある

受給したことがない

「受給したことがある」場合のみ以下もご記入ください。(「受給したことがない」方は次の②へ)

※健康保険の名称欄は、「協会けんぽ〇〇支部」「〇〇健康保険組合」等を記入ください。

1	傷病名				
	受給期間	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令	年 月 日 ~	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令	年 月 日
	健康保険の名称※				
2	傷病名				
	受給期間	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令	年 月 日 ~	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令	年 月 日
	健康保険の名称※				
3	傷病名				
	受給期間	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令	年 月 日 ~	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令	年 月 日
	健康保険の名称※				