

傷病手当金請求に伴う照会回答兼調査同意書

* 傷病手当金請求にもとづき支給を行うにあたり、関係機関（医療機関・前加入保険者等）に対し給付記録・療養の給付記録・診療履歴等照会を行うこと及び医療機関が照会回答することに同意します。また、照会先が複数の場合、本同意書写を有効と認めます。

令和 年 月 日

被保険者名

Ⓜ

*** 入社以前又は過去4年間の傷病手当金受給について該当口にレ印をつけ、必要事項記入願います。**

被保険者証記号		被保険者証番号	
就労者氏名		生年月日	年 月 日生 性別 男・女
入社年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
①：保険者名			
勤務先名			
加入区分	<input type="checkbox"/> 被保険者として加入 <input type="checkbox"/> 被扶養者として加入		
加入期間	年 月 日～ 年 月 日		
傷病手当金受給有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
受給期間	年 月 日～ 年 月 日		
受給対象傷病名			
①：保険者名			
勤務先名			
加入区分	<input type="checkbox"/> 被保険者として加入 <input type="checkbox"/> 被扶養者として加入		
加入期間	年 月 日～ 年 月 日		
傷病手当金受給有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
受給期間	年 月 日～ 年 月 日		
受給対象傷病名			
②：保険者名			
勤務先名			
加入区分	<input type="checkbox"/> 被保険者として加入 <input type="checkbox"/> 被扶養者として加入		
加入期間	年 月 日～ 年 月 日		
傷病手当金受給有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
受給期間	年 月 日～ 年 月 日		
受給対象傷病名			
③：保険者名			
勤務先名			
加入区分	<input type="checkbox"/> 被保険者として加入 <input type="checkbox"/> 被扶養者として加入		
加入期間	年 月 日～ 年 月 日		
傷病手当金受給有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
受給期間	年 月 日～ 年 月 日		
受給対象傷病名			
④：保険者名			
勤務先名			
加入区分	<input type="checkbox"/> 被保険者として加入 <input type="checkbox"/> 被扶養者として加入		
加入期間	年 月 日～ 年 月 日		
傷病手当金受給有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
受給期間	年 月 日～ 年 月 日		
受給対象傷病名			