傷病手当金申請に伴う確認書（在籍１年６カ月未満の方）

傷病手当金の審査において必要な受給歴等を確認するための情報となりますのでご記入ください。

記号 － 番号　　－　　**被保険者氏名**

（記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください）

－　　－　　－

1. パレット健康保険組合に加入する以前２年間の健康保険加入状況について

健康保険名称	加入区分	加入期間 （未加入期間）	記号 － 番号 会　社　名
☐ ＿＿＿＿＿＿＿＿健康保険組合 ☐ 全国健康保険協会＿＿＿＿＿支部 ☐ 国民健康保険＿＿＿＿＿市区町村 ☐ 健康保険未加入	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者	年　月　日から 年　月　日まで	（記号 － 番号） （勤めていた会社名）
☐ ＿＿＿＿＿＿＿＿健康保険組合 ☐ 全国健康保険協会＿＿＿＿＿支部 ☐ 国民健康保険＿＿＿＿＿市区町村 ☐ 健康保険未加入	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者	年　月　日から 年　月　日まで	（記号 － 番号） （勤めていた会社名）

2. 傷病手当金の審査を行う際の情報取得の同意

同　意　書

保険者（パレット健康保険組合）が傷病手当金の審査を行うにあたり、必要に応じて関係機関に対して健康保険加入記録・健康保険給付記録の照会及びそれらの回答を得ることに同意いたします。
（なお、照会先が複数となる場合は、本書の写しも有効とさせていただきます。）

令和　　年　　月　　日

パレット健康保険組合　理事長　殿

〒　　―

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　昭和 ・ 平成　　年　　月　　日

※取得した個人情報は、傷病手当金支給決定、審査の目的以外には利用致しません。

（2024.12.2）