

【記入例】 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 **987 - 6543210**

被保険者氏名 **健保 太郎**

(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
<input type="checkbox"/> 健康保険組合	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	平成29年6月1日から 平成30年11月30日まで	(記号 - 番号) 〇〇〇 - 〇〇〇〇〇
<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 支部			(勤めていた会社名)
<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 豊島 市区町村			なし
<input type="checkbox"/> 健康保険未加入			
<input type="checkbox"/> 健康保険組合	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	平成30年12月1日から 令和4年7月30日まで	(記号 - 番号) 〇〇〇 - 〇〇〇〇〇
<input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会 東京 支部			(勤めていた会社名)
<input type="checkbox"/> 国民健康保険 市区町村			株式会社〇〇〇〇
<input type="checkbox"/> 健康保険未加入			

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 5 年 2 月 1 日	
パレット健康保険組合 理事長 殿	
	〒 123 - 4567
住 所	<u>東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇マンション 202</u>
氏 名	<u>健保 太郎</u>
生年月日	<u>昭和</u> ・ 平成 45 年 3 月 17 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。