

※第1回目の傷病手当金申請期間開始日から、当健保組合加入後2年未満の方はご提出ください

傷病手当金申請にともなう本人状況報告書

当健康保険組合の 記号番号	記号	被保険者氏名 (自筆で記入)	
	番号		

傷病手当金の支給期間は、健康保険法に基づき、加入していた健康保険を通算して1年6か月と定められているため、支給期間の適正な判定を行う目的で、前職での健康保険加入状況および傷病手当金受給歴を確認させていただきます。IHG・ANAホテルズ健康保険組合に加入する以前に、直近2年間に加入されていたすべての健康保険組合等の情報をご記入ください。分からない箇所については、勤務されていた会社(事業所)や加入していた健康保険組合に確認しご記入ください。

※無保険期間がある場合は、健康保険組合等の名称欄に「無保険」と記入し、期間を正しく記入してください

①	健康保険の種類	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険		
	健康保険組合等の 名称	※協会けんぽの場合は支部名、国民健康保険の場合は市町村名を必ず記入してください		
	加入時の記号番号	記号	番号	
	加入していた期間	年 月 日 ~		年 月 日
	加入区分	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族として加入)		
	傷病手当金の受給	<input type="checkbox"/> 受給あり ⇒ 傷病名: 受給期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 受給なし		
	勤務していた会社名 および住所	会社名: 住所:		

複数個所に加入していた場合は、時系列ですべてご記入ください。記入欄が足りない場合は、本書をコピーしてご記入ください。

②	健康保険の種類	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険		
	健康保険組合等の 名称	※協会けんぽの場合は支部名、国民健康保険の場合は市町村名を必ず記入してください		
	加入時の記号番号	記号	番号	
	加入していた期間	年 月 日 ~		年 月 日
	加入区分	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族として加入)		
	傷病手当金の受給	<input type="checkbox"/> 受給あり ⇒ 傷病名: 受給期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 受給なし		
	勤務していた会社名 および住所	会社名: 住所:		

◆この報告書は、傷病手当金の支給決定をするための資料と一部となります。未記入部分がある場合は、内容審査を進める
ことができませんので、すべての項目について正確にご記入ください。

◆この調査は健康保険法第59条(文書の提出等)に基づいて行っており、利用目的以外で使用することはありません。