

□の欄は必ずチェックしてください。記入内容についてはわかる範囲でできるだけ詳しくご記入ください。

傷病手当金請求に伴う状況報告書兼同意書

被保険者証 記号・番号	記号	5 9	番号		被保険者氏名	
----------------	----	-----	----	--	--------	--

I	以前、他健保（国民健康保険を除く）の被保険者であった期間が					□ある □ない	
	「ある」場合ご記入 ください。 （健保名称等、不明 な箇所には「不明」 とご記入ください。	健保組合名①	□健康保険組合 □社会保険事務所 □共済組合				
		□全国健康保険協会（ ）支部					
		その健保組合での 保険証記号・番号	記号		番号		
		その健保組合での 加入期間	年 月 日～		年 月 日		
		その当時の会社名					
		健保組合名②	□健康保険組合 □社会保険事務所 □共済組合				
		□全国健康保険協会（ ）支部					
		その健保組合での 保険証記号・番号	記号		番号		
	その健保組合での 加入期間	年 月 日～		年 月 日			
その当時の会社名							

II	今までに傷病手当金を受給したことがありますか。					□ある □ない	
	「ある」場合ご記入 ください。 （受給期間は「〇年 〇月頃」でも可）	受給した傷病名①					
		受給した期間	年 月 日～		年 月 日		
		受給した傷病名②					
受給した期間		年 月 日～		年 月 日			

傷病手当金支給決定のため、当健保が以前加入の医療保険および担当医師等に状況を照会する場合があります。

下記「同意書」にご署名をお願いいたします。

同意書	
<p>私は、PayPay カード健康保険組合が健康保険法による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・保険給付記録・療養の給付の記録・診療記録などの照会を行うこと、また関係機関が PayPay カード健康保険組合の照会に対して回答することについて同意いたします。</p> <p>※関係機関とは、以前加入されていた健康保険の保険者、受診した医療機関、勤務されていた事業所（会社）などを指します。</p> <p>※照会先が複数となる場合は、本同意書の写しも有効と認めます。</p>	
令和 年 月 日	
PayPay カード健康保険組合 理事長 殿	
被保険者 住所 氏名（自署）	

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。