

初回請求時の場合は請求書と併せてご提出ください。
□の欄は必ずチェックしてください。 記入内容については分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(付加金)請求に伴う状況報告書兼同意書

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

被保険者証記号・番号	記号	1	0	番号	1	2	3	4	5	6	7	被保険者氏名	健保 太郎
------------	----	---	---	----	---	---	---	---	---	---	---	--------	-------

I 「ある」とチェックの場合、記入ください。	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	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
	健保名①	ABCD			
	その健保での被保険者証記号・番号	記号	1111	番号	54321
	その健保での被保険者期間	平成20年 4月 1日 ~ 平成24年 12月 31日			
	その当時の会社名				
	健保名②	<input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会(大阪)支部			
	その健保での被保険者証記号・番号	記号	5555	番号	7777777
その健保での被保険者期間	平成25年 1月 1日 ~ 平成25年 3月 31日				
その当時の会社名	守口〇〇株式会社				

II 「ある」とチェックの場合、記入ください。(受給期間は「〇年〇月ごろ」でも可)	他健保の被保険者期間も含め、今までに傷病手当金を受給したことが	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
	受給した傷病名①	インフルエンザ		
	受給した期間	平成20年 12月 頃日 ~ 年 月 日		
	受給した傷病名②	ウイルス性胃腸炎		
受給した期間	平成25年 2月 3日 ~ 平成25年 2月 8日			

同意書

パナソニック健康保険組合が健康保険法による傷病手当金の支給決定を行うにあたり、下記事項について同意します。

- ・ パナソニック健康保険組合が関係機関(以前加入していた保険者・日本年金機構等)に対し、私にかかる資格及び給付歴等照会を行い、照会を受けた関係機関がパナソニック健康保険組合に対して回答すること
- ・ パナソニック健康保険組合が以前私の受診した医療機関等に対し、傷病手当金にかかる診療内容等の照会を行い、照会を受けた医療機関等がパナソニック健康保険組合に対して回答すること
- ・ パナソニック健康保険組合が現在(または以前に)、私の在職している(在職していた)勤務先等に私の個人情報に関する照会を行い、照会を受けた勤務先等がパナソニック健康保険組合に対して回答すること

※ 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。 署名・捺印の上、ご提出ください

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

平成 29年 6月 8日

被保険者

住所 大阪府〇〇市〇〇町1-1-1

氏名 健保 太郎
(旧姓:)

