

## 健康保険加入状況等確認書類

大阪装粧健康保険組合では、加入期間の短い方等が傷病手当金を請求された場合、健康保険法第99条第4項の規定に基づき、支給要件を確認のうえ決定しますので、下記事項にご記入をお願いします。

《健康保険法 抜粋》

第99条第4項 傷病手当金の支給期間は、同一の疾病又は負傷及びこれにより発した疾病に関しては、その支給を始めた日から通算<sup>※</sup>して1年6月間とする。

※支給開始日が令和2年7月1日以前の傷病手当金については法改正前の取り扱いが適用される為、「通算」ではなく「起算」となります。

被保険者証の記号・番号 \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 被保険者氏名 \_\_\_\_\_

### 1. 大阪装粧健康保険組合に加入する以前の保険者<sup>※</sup>（直近で未加入の場合は最後に加入した保険者）

※保険者とは、〇〇健康保険組合・全国健康保険協会〇〇支部など

下記該当欄にチェック（レ）又は必要事項を記載してください。

#### ●加入区分について

被保険者（本人）として加入  被扶養者（家族）として加入

#### ●加入していた保険者について

\_\_\_\_\_健康保険組合  全国健康保険協会 \_\_\_\_\_支部

国民健康保険 \_\_\_\_\_市・区・国保組合  \_\_\_\_\_共済組合

上記の被保険者証 記号・番号 \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ /  記号番号不明

加入期間：平成・令和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ~ 平成・令和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

#### ●上記保険者に加入していたときの勤務先について

無職

勤務あり

会社名 \_\_\_\_\_ 所在地 \_\_\_\_\_

### 2. 傷病手当金受給の有無及び受給期間について

受給していない  受給していた

受給していた場合は、受給されていた 傷病名 \_\_\_\_\_

受給期間：平成・令和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ~ 平成・令和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

※加入または受給したときの保険者が不明な場合は、以前の勤務先に確認してください。

【過去5年間にて加入していた保険者が複数ある場合は、この用紙をコピーしてご使用ください。】