常務理事	事務長	

傷病手当金請求にあたる申告書

・傷病手当金支給期間は、同じ疾病又は負傷及びこれにより発した疾病に関して
支給を始めた日から起算し1年6ヶ月までとなります。※健康保険法による法定給付であり前職から通算します。
・傷病手当金支給決定にあたり、前職における傷病手当金受給状況を確認させて頂く場合がございますので、以下ご記入ください。

請求者	健康保険証	記号　　番号　　資格取得日 平成・昭和　　年　月　日	
	氏　名（ふりがな）		
	生年月日		
	住　所	〒	
	電 話 番 号	（　　）	
	障害者手帳有無	有　・　無	◇「有」の場合・・・・・障害名（　　）

前職勤務歴	会　社　名	
	会 社 住 所	〒
	会社電話番号	
	保険者名称	健康保険組合・共済組合・社会保険事務所
	保険者住所	〒
	勤 務 期 間	年　月　日　～　年　月　日
	※勤務した期間が1年未満の場合は前々歴を以下にご記入下さい。	
	会　社　名	
	会 社 住 所	〒
	会社電話番号	
	保険者名称	健康保険組合・共済組合・社会保険事務所
	保険者住所	〒
	勤 務 期 間	年　月　日　～　年　月　日

前職勤務期間中の傷病手当金受給状況についてご記入ください。

傷病手当金受給状況	傷病手当金受給の有無	有　・　無
	以下、傷病手当金受給「有」の場合のみご記入下さい	
	傷　病　名	
	受 給 期 間	年　月　日　～　年　月　日
	テルモ健保へご請求の傷病と前職勤務期間中に支給された傷病との関連性の有無	有　・　無

上記事実と相違ありません。

令和　　年　　月　　日

氏　名　　㊞

テルモ健康保険組合