

- 急性疾病の方以外で、資格取得日から1年未満の初回申請の方はご提出ください。
- 現在の事業所に勤務するまでの直近1年間の職歴および健康保険の加入状況をご記入ください。
- 入社前1年間について空白時期が無いように全ての加入状況をご記入ください。

調査書

採用時健康状態 健康診断受診： 有 / 無 「無」の際の健康状態：（ ）

■（１）入社前の勤務歴について

勤務した期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

勤務先の名称：

勤務先の住所：

勤務先の電話番号：

保険者（健康保険組合等）の名称：

■（２）（１）の勤務した期間が1年未満の場合は前々歴をご記入ください。

勤務した期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

勤務先の名称：

勤務先の住所：

勤務先の電話番号：

保険者（健康保険組合等）の名称：

■（３）現在の事業所への入社日と（１）の間に期間が開いている場合は、その時に加入していた保険にチェックをしてください。

- 健康保険被扶養者 健康保険未加入
- 健康保険任意継続被保険者 国民健康保険組合（市区町村名： ）
- その他（ ）

■（４）病歴について

入社日以前の傷病手当金の受給歴： 有 / 無

※入社日以前の傷病手当金の受給歴が「有」の場合は下記をご記入ください。

受給期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

当時時の保険者 （１）と同じ / （２）と同じ / （１）（２）以外

※「(1)(2)以外」の場合は、下記をご記入してください。

勤務先の名称：

勤務先の住所：

勤務先の電話番号：

保険者（健康保険組合等）の名称：

上記の通り、相違ありません。

保険証の記号・番号：

被保険者氏名：

同意書

私は、名古屋薬業健康保険組合に対して、傷病手当金同付加金の請求を行っておりますので、名古屋薬業健康保険組合の職員がこの支給の決定に関し、私の治療内容や既往疾病などの調査(診療を担当した医師その他のものに対する質問、診療に関する関係機関への照会等)されることに異議はなく、本書をもって同意いたします。(写しでも可とする)

年 月 日

名古屋薬業健康保険組合理事長 様

記号番号 _____

住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____