傷病手当金・傷病手当金付加金請求告知書（同意書）

保険証記号－番号	―	被保険者氏名	

※プルデンシャル健康保険組合の資格取得までの、**直近１年６ヶ月以内**の健康保険の加入状況、傷病手当金の受給歴をご記入ください。（加入していた健康保険が複数ある場合は、お手数ですが全てご記入ください）

	加入していた健康保険 ・該当する健康保険の種類に□にチェックをつけてください。 ・保険者の名称が分からない場合は、空欄で構いません。 ・記号番号が分からない場合は「不明」に○をつけてください。	旧勤務先 ・旧勤務先の名称/連絡先/勤務期間をご記入ください。	傷病手当金の受給状況
記入例	☑ △△△ 健康保険組合 □全国健康保険協会 ＿＿＿＿ 支部 □国民健康保険組合 ＿＿＿＿ 市 区 町 村 □＿＿＿＿ 共済組合 【記号－番号】 1234 － 567 ／ 不明	【名称】 株式会社△△△ 【連絡先】○○－○○○○－○○○○ 【勤務期間】H24 年 4 月 1 日 ～ H25 年 10 月 31 日	有 ・ (無)
	□家族の扶養として加入していた	【加入期間】 年 月 日 ～	年 月 日
①	□＿＿＿＿ 健康保険組合 □全国健康保険協会 ＿＿＿＿ 支部 □国民健康保険組合 ＿＿＿＿ 市 区 町 村 □＿＿＿＿ 共済組合 【記号－番号】 － ／ 不明	【名称】 【連絡先】 － － 【勤務期間】 年 月 日 ～ 年 月 日	有 ・ 無
	□家族の扶養として加入していた	【加入期間】 年 月 日 ～	年 月 日
②	□＿＿＿＿ 健康保険組合 □全国健康保険協会 ＿＿＿＿ 支部 □国民健康保険組合 ＿＿＿＿ 市 区 町 村 □＿＿＿＿ 共済組合 【記号－番号】 － ／ 不明	【名称】 【連絡先】 － － 【勤務期間】 年 月 日 ～ 年 月 日	有 ・ 無
	□家族の扶養として加入していた	【加入期間】 年 月 日 ～	年 月 日

傷病手当金・傷病手当金付加金の申請にあたり、プルデンシャル健康保険組合が、私の資格取得前の健康保険加入先、勤務先、及び受診した医療機関へ、傷病手当金・傷病手当金付加金の受給、及び診療内容等に関する照会を必要とする場合、記入した同意書の写しを添付のうえ、照会を行い、照会に対する情報の提供を受けることに同意いたします。

年 月 日

プルデンシャル健康保険組合 理事長 殿

被保険者氏名 （自署） ：

受付日付印

プルデンシャル健康保険組合