

— 健康保険加入状況等 回答書（傷病手当金申請用） —

この回答書は、ジェイティ健保に加入されてから傷病手当金（第1回）の「療養のため休んだ期間（申請期間）」の初日までが1年6カ月に満たない方を対象としております。

傷病手当金は加入する健康保険が変更した時、以前加入していた健康保険から支給開始日等の情報を引き継ぐ場合があります。必要に応じて当組合から以前加入の健保組合へ、加入状況や傷病手当金の給付記録等の照会を行います。なお、回答内容に不明瞭（未記入）箇所がある場合、審査および支給決定にお時間をいただくこととなりますのでご了承ください。

**1. ジェイティ健保に加入する前、直近3年間の健康保険の加入状況をご回答ください。**

(1) 加入していた健康保険の名称・加入期間・会社名をご記入ください。

※ 勤務した経歴がない場合は（2）にご回答ください。

- ・当時の健康保険の記号・番号が分かる場合は、ご記入ください。
- ・保険資格喪失証明書（連絡票）がある場合は、その写しを添付してください。
- ・派遣雇用として全国健康保険協会（協会けんぽ）に加入していた場合は、人材派遣会社の名称も必ずご記入ください。
- ・全国健康保険協会（協会けんぽ）の場合は支部名、国民健康保険の場合は市区町村名を必ずご記入ください。
- ・空白期間がある場合は（2）も回答してください。

1	加入期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
	健保組合等の名称	( ) 健保組合 / ( ) 共済組合 協会けんぽ ( ) 支部 / 国民健康保険 ( ) 市区町村	
	(被保険者) 記号・番号	記号 ( )	番号 ( )
	加入時の氏名	会社名または 人材派遣会社の名称	

2	加入期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
	健保組合等の名称	( ) 健保組合 / ( ) 共済組合 協会けんぽ ( ) 支部 / 国民健康保険 ( ) 市区町村	
	(被保険者) 記号・番号	記号 ( )	番号 ( )
	加入時の氏名	会社名または 人材派遣会社の名称	

(2) ジェイティ健保に加入する前、直近3年間で勤務していない期間の社会保険加入状況をご記入ください。

国民健康保険に加入	年 月 日 ～ 年 月 日 ( ) 市区町村
家族の健康保険に加入	被扶養者期間： 年 月 日 ～ 年 月 日
任意継続被保険者	年 月 日 ～ 年 月 日 / 加入先：
健康保険未加入	年 月 日 ～ 年 月 日

▼ 上記期間の状況について該当するものを選択  してください。

- 失業給付を受給していた
- 体調不良等により療養していた
- その他 ( )

※ 以下、いずれかの書類をお持ちの場合は  
写しを添付してください。  
離職票、雇用保険に係る証書（雇用保険受給資格  
者証・受給延長通知書・資格喪失確認通知書

※ 記入箇所が不足する場合は、複数枚ご用意いただき記入してください。

2. ジェイティ健保に加入する前の直近3年間で、今回の請求傷病と同じ傷病または関連する疾病や診療科で通院しましたか？ ※ここでは精神科と心療内科は同系の診療科とみなします

通院したことがある → 下表をご記入ください  通院していない → 設問3へ進んでください

▼ 通院したことがある方

傷病名			診療科	科
医療機関名	①	(所在地)	都道府県	市区町村
	②	(所在地)	都道府県	市区町村
受診した年を記入、受診した月を○で囲んでください。(入院も含む)	受診した年	カレンダー (月)		
	令和 年	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12		
	令和 年	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12		
	令和 年	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12		
治療内容	複数選択可: <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
症状経過	<input type="checkbox"/> よくなった <input type="checkbox"/> 少しよくなった <input type="checkbox"/> あまり変わらなかった <input type="checkbox"/> 少し悪くなった <input type="checkbox"/> 悪くなった <input type="checkbox"/> その他 ( )			

3. ジェイティ健保に加入する前、直近3年間における傷病手当金の受給歴についてご回答ください。

受給したことがある → 下表をご記入ください  受給歴なし → 同意書欄へ進んでください

▼ 傷病手当金を受給したことがある方

傷病名			
受給期間	年 月 日から	受給していた	
	年 月 日まで	健保組合等の名称	
医療機関名		当時の担当医師名	医師
傷病名			
受給期間	年 月 日から	受給していた	
	年 月 日まで	健保組合等の名称	
医療機関名		当時の担当医師名	医師
傷病名			
受給期間	年 月 日から	受給していた	
	年 月 日まで	健保組合等の名称	
医療機関名		当時の担当医師名	医師

健康保険の加入記録、保険給付記録等の照会に関する同意書

私は、ジェイティ健康保険組合が本回答書に記載した関係機関<sup>\*</sup>に対して健康保険の加入記録・給付記録・診療記録などの照会を行うこと、また関係機関がジェイティ健康保険組合の照会に対して回答することに同意いたします。

※ 関係機関とは、以前加入されていた健康保険の保険者、受診した医療機関、事業所(会社)、行政機関等を指します。

また本書の写しも有効とさせていただきます。

令和 年 月 日

ジェイティ健康保険組合 理事長 殿

被保険者氏名(直筆) \_\_\_\_\_ (印)

・本書で取得した個人情報、傷病手当金審査・支給決定の目的以外には利用いたしません。