

★ 健康保険加入記録及び給付記録の照会について ★
当組合で資格を取得する直前に加入していた保険の種類を教えてください。

(※概ね過去5年間分の調査が必要となります。)

*保険者名称には国民健康保険(〇〇市)、全国健康保険協会〇〇支部、
 〇〇健康保険組合、〇〇共済組合等のご記入をお願い致します。

保 険 者 名 称	
勤 務 先	
住 所	
電 話 番 号	
被保険者証の記号と番号	記号 番号
区 分 (丸で囲んでください)	被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者
加入していた期間	年 月 日 ~ 年 月 日

保 険 者 名 称	
勤 務 先	
住 所	
電 話 番 号	
被保険者証の記号と番号	記号 番号
区 分 (丸で囲んでください)	被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者
加入していた期間	年 月 日 ~ 年 月 日

保 険 者 名 称	
勤 務 先	
住 所	
電 話 番 号	
被保険者証の記号と番号	記号 番号
区 分 (丸で囲んでください)	被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者
加入していた期間	年 月 日 ~ 年 月 日

*記入内容が不足の場合は、コピーしてご記入下さい。

令和 年 月 日

記号 番号

氏名



・以前、傷病手当金を受給されたことはありますか？ ○ で囲んでください。

ある ・ ない

・上記で「ある」と回答された場合は、下記にご記入ください。

傷病名	
受給期間	年 月 日 ～ 年 月 日

傷病名	
受給期間	年 月 日 ～ 年 月 日

傷病名	
受給期間	年 月 日 ～ 年 月 日

傷病名	
受給期間	年 月 日 ～ 年 月 日

傷病名	
受給期間	年 月 日 ～ 年 月 日

上記の通り回答致します。

令和 年 月 日

記号

番号

氏名

印

同意書

健康保険法に基づく給付金の支給決定を行うにあたり、東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合が関係機関（前加入保険者・受診医療機関等）に対し、私自身に関する下記の照会について、回答をすることに同意いたします。

- ・加入期間及び加入時の被保険者証の記号番号
- ・現金給付の支給記録
- ・診療報酬明細書(レセプト)等の照会

※照会が複数になる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

令和 年 月 日

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 理事長 殿

住 所 〒 _____

被 保 険 者 氏 名 _____ (印)

対 象 者 氏 名 _____ (印)