

# 取得接近調査書

(当組合で資格を取得してから1年未満で傷病手当金を申請される方)

- ◆傷病手当金は加入する健康保険が変更したとき、支給開始日等の情報を以前加入していた健康保険から引継ぐ場合があります。当組合へ加入してから1年未満で申請される方は、下段の注意事項を参照のうえ健康保険の加入状況等をご記入ください。
- ◆取得接近調査書の添付が無いと内容審査が進められず支給決定にお時間をいただくこととなりますので必ずご添付ください。

基本情報	被保険者等 記号・番号	記号 —	番号 —	被保険者の 氏名・生年月日	(フリガナ)
					昭・平・令 年 月 日
	被保険者の現住所	〒 [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]			

当組合に加入前の直近2年間の職歴および健康保険の加入状況について空白期間無くご記入ください。

加入状況	①	以前加入していた健康保険組合等の名称	<input type="checkbox"/> ( ) 健康保険組合	被保険者等 記号・番号	記号 —	番号 —	
			<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 ( ) 支部	加入区分	1. 被保険者(本人) 被保険者氏名 2. 被扶養者(家族) ➡ ( )		
		<input type="checkbox"/> (市・区・町・村) 国民健康保険					
		加入期間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで				
		勤務先名称 (社会保険加入の方)		傷病手当金 の支給履歴	傷病手当金を受給していましたか いいえ ・ はい		
		②	以前加入していた健康保険組合等の名称	<input type="checkbox"/> ( ) 健康保険組合	被保険者等 記号・番号	記号 —	番号 —
	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 ( ) 支部			加入区分	1. 被保険者(本人) 被保険者氏名 2. 被扶養者(家族) ➡ ( )		
	<input type="checkbox"/> (市・区・町・村) 国民健康保険						
	加入期間		平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで				
	勤務先名称 (社会保険加入の方)			傷病手当金 の支給履歴	傷病手当金を受給していましたか いいえ ・ はい		
	③		以前加入していた健康保険組合等の名称	<input type="checkbox"/> ( ) 健康保険組合	被保険者等 記号・番号	記号 —	番号 —
		<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 ( ) 支部		加入区分	1. 被保険者(本人) 被保険者氏名 2. 被扶養者(家族) ➡ ( )		
<input type="checkbox"/> (市・区・町・村) 国民健康保険							
加入期間		平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで					
勤務先名称 (社会保険加入の方)			傷病手当金 の支給履歴	傷病手当金を受給していましたか いいえ ・ はい			

同意欄	健康保険加入記録 および 保険給付記録 の調査に関する 同意欄	私は、東京都情報サービス産業健康保険組合が関係機関(※)に私自身に関する健康保険の加入記録・給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会を行うこと、関係機関が東京都情報サービス産業健康保険組合の照会に対して回答することに同意します。  ※ 以前加入していた健康保険の保険者、関係する医療機関、日本年金機構、勤務していた事業所等を指します。  令和 年 月 日 東京都情報サービス産業健康保険組合 理事長 殿 被保険者氏名
-----	---	---

## 【記入上の注意】

- ◆健康保険に加入していない「無保険」の期間があるときは、年金の「被保険者記録照会回答票」(※1)を添付してください。  
(※1)「ねんきんネット」から印刷可(「ねんきんネット」はマイナポータルからもログイン可)。または年金事務所の窓口・電話で取寄せ
- ◆社会保険の加入期間で保険者の名称、被保険者等記号・番号などが不明なときは、以前勤務していた会社にお問合せください。
- ◆国民健康保険の加入区分は「1」を選択してください。
- ◆用紙が不足するときは複数枚ご用意いただき記入してください。

※取得した個人情報、保険給付金支給決定の目的以外には利用いたしません。

※記入上のお問合せ先【給付グループ 03-3239-9817 9:00-17:00(土日祝日除く)】

