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。
当組合へ加入されてから1年未満で申請される方は、支給決定に際し記入をお願いいたします。
なお、取得接近調査書の添付がないと、内容審査に進められず支給決定にお時間をいただくことになりますので、必ず添付ください。
※ 当組合に加入前の直近1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なくご記入ください。

被保険者の記号・番号	－	氏名	
被保険者住所	〒　　－		

健康保険の加入歴		
①	健康保険等の名称	□（　　）健康保険組合 □　全国健康保険協会　（　　）支部 □（　　市・区・町・村）　国民健康保険
	加入期間	昭・平・令　　年　　月　　日 ～ 昭・平・令　　年　　月　　日
	被保険者等記号・番号	記号　　番号
	加入状況	□　被保険者（本人）　□　被扶養者（家族）
	勤務先名称 （社会保険加入の方）	
※ ①の勤務した期間が1年未満の場合は前々歴を②にご記入ください。		
②	健康保険等の名称	□（　　）健康保険組合 □　全国健康保険協会　（　　）支部 □（　　市・区・町・村）　国民健康保険
	加入期間	昭・平・令　　年　　月　　日 ～ 昭・平・令　　年　　月　　日
	被保険者等記号・番号	記号　　－　番号
	加入状況	□　被保険者（本人）　□　被扶養者（家族）
	勤務先名称 （社会保険加入の方）	

傷病手当金の受給履歴	入社日以前の傷病手当金の受給の有無について 1　受給歴あり ・受給期間 平・令　　年　　月　　日 ～ 平・令　　年　　月　　日 ・傷病名　（　　） ・受給時の保険者　（　①と同じ　②と同じ　①②以外　） （①②以外の場合は、下記に保険者番号、記号・番号をご記入ください。 ・保険者（健康保険組合等）の名称 （　　） 記号　　番号 2　受給歴なし
今回の傷病の初診日	平・令　　年　　月　　日
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書	健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、関係機関に対して給付記録・療養給付記録・診療履歴等を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。 ※ 関係機関とは、前加入保険者、受診をしていた医療機関等をさします。 ※ 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 U-NEXT HOLDINGS健康保険組合理事長　殿 被保険者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿

○取得した個人情報は、保険給付支給決定以外には利用いたしません。