調査書

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。

サンリオ健康保険組合へ加入されてから1年未満で請求される方は、支給決定に際し必要なため記入をお願いいたします。

なお、調査書ならびに同意書をご提出いただけない場合は、傷病手当金の支給決定のための調査が行えないため、不支給とさせていただく場合がありますので必ずご提出ください。

※取得した個人情報は、保険給付金支給決定の目的以外には利用いたしません。

※必要に応じ、以下の記載項目以外にも確認をさせていただく場合があります。

健康保険の 記号-番号	-	被保険者氏名	
被保険者住所	〒 TEL		
入社日	S・H・R　　年　　月　　日		
今回提出した傷病手当金請求書に記載の傷病の初診日	S・H・R　　年　　月　　日		

入社前勤務歴および健康保険加入歴	①勤務先の名称： 勤務した期間：S・H・R　年　月　日 ～ S・H・R　年　月　日 保険者(健康保険組合)の名称： 保険者(健康保険組合)の住所： 健康保険の記号-番号： 健康保険に 1.被保険者として加入　2.被扶養者（家族の扶養）として加入
	※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勤務先の名称： 勤務した期間：S・H・R　年　月　日 ～ S・H・R　年　月　日 保険者(健康保険組合)の名称： 保険者(健康保険組合)の住所： 健康保険の記号-番号： 健康保険に 1.被保険者として加入　2.被扶養者（家族の扶養）として加入
入社日前の傷病手当金受給履歴	入社日以前の傷病手当金の受給の有無について 1. 受給歴有り → 傷病名　　（　　） 受給期間（H・R　年　月　日～H・R　年　月　日） 受給時の保険者（①と同じ　・　②と同じ　・　①②以外） ①・②以外の場合は下記に保険者名、記号番号を記入してください。 保険者(健康保険組合)の名称： 健康保険の記号-番号： 2. 受給歴無し

上記のとおり、相違ありません。

令和　　年　　月　　日

被保険者氏名 _____

サンリオ健康保険組合　2025.3