

傷病手当金請求書の申請をする皆さまへ

P&G グループ健康保険組合  
( 公 印 省 略 )

## 傷病手当金請求に関する、書類提出について

傷病手当金請求書の申請をする皆さまに、支給審査にあたり、関係各位に確認をさせて頂く必要があります。別紙「前加入保険者履歴」および「同意書」を作成してください。「前加入保険者履歴」とは、P&G グループ健康保険組合に加入する前の直近3年間に加入していた医療保険者（健康保険または国民健康保険など）全ての履歴について、時系列にお答えください。

例えば医療保険者が「協会けんぽ※略称」であった場合は、必ず正式名称「全国健康保険協会」と記載してください。また全国健康保険協会の場合は、必ず「支部名」も必要です。

医療保険者名同様に、その勤務していた事業所名称についても略称ではなく、正式名称を記載してください。

資格取得・喪失日について曖昧な場合には、必ず該当する医療保険者へ、ご自身で電話問い合わせをする等して確認してください。

この履歴において、支部名が間違っているまたは空欄だったり、勤務していた事業所名が空欄だったり、医療保険者名が間違っていた場合には、ご本人に返却して再作成して頂くこととなります。不備のない「前加入医療保険者履歴」を受理できなければ、それだけ傷病手当金の支給可否の結果に至るまで、より相当時間を要することとなります。

## 前加入保険者履歴

(P&G プレステージ 合同会社、P&G ジャパン 合同会社、HFC プレステージ ジャパン 合同会社、または P&G グループ 企業年金基金のいずれかの事業所に入社される前の 3 年間に加入されていた健康保険組合、全国健康保険協会、国民健康保険、共済組合などのことです)

(例)

医療保険者名	*****健康保険組合
記号番号	*** - ***** ※保険者番号ではありません。
事業所名	*****株式会社
被保険者名	健康 太郎
資格取得日	平成 20 年 4 月 1 日
資格喪失日	平成 25 年 3 月 31 日

ご家族の「扶養」として加入していた場合には、ご家族様が所属されていた「事業所名」、「被保険者名」欄には、ご家族様のお名前を、続けて「(扶養家族) 〇〇〇〇」と自分の名前を記入してください。

①

医療保険者名	
記号番号	
事業所名	
被保険者名 (被扶養者)	
資格取得日	
資格喪失日	

②

医療保険者名	
記号番号	
事業所名	
被保険者名 (被扶養者)	
資格取得日	
資格喪失日	

③

医療保険者名	
記号番号	
事業所名	
被保険者名 (被扶養者)	
資格取得日	
資格喪失日	

P&G グループ健康保険組合  
理 事 長 殿

## 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、P&G グループ健康保険組合が関係機関に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金等 他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行う事、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、医療機関、年金事務所等をさします。  
※照会先が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

年 月 日

記号 - 番号 \_\_\_\_\_  
※P&G グループから発行しています保険証カードに記載されている「記号・番号」  
です。

被 保 険 者 名 \_\_\_\_\_ 印

被 保 険 者 住 所 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_