

傷病手当金請求書・状況確認追加書類

(会計年度任用職員用 別紙1)

組合員	記号	100	番号	
氏名	(フリガナ)		生年月日	
			年 月 日	

(1) 傷病手当金の申請期間の初日の属する月以前の勤務先が現勤務先と異なる場合、または、申請期間に複数の勤務先がある場合は、下記の表にご記入ください。

①	勤務先(所属)	(フリガナ)
	所在地	〒 -
	雇用されていた期間	年 月 日 ~ 年 月 日

②	勤務先(所属)	(フリガナ)
	所在地	〒 -
	雇用されていた期間	年 月 日 ~ 年 月 日

③	勤務先(所属)	(フリガナ)
	所在地	〒 -
	雇用されていた期間	年 月 日 ~ 年 月 日

(2) 過去、他保険者加入時、傷病手当金を受給していたことがある場合は、下記に記入し別紙2の同意書にご署名をお願いします。

支給開始日	期間	傷病名	保険者名(健康保険組合等)
年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日		なし
年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日		

横浜市職員共済組合 理事長

同意書

私は、貴組合が傷病手当金の支給決定をするにあたり、必要に応じて
関係期間（事業主・医療機関・前加入保険者等）に下記の情報を提示す
ること及び照会することに同意します。

なお、本書の写しも有効と認めます。

- 1 被保険者氏名・生年月日
- 2 記号・番号
- 3 事業所名・所在地
- 4 被保険者加入期間
- 5 給付記録（傷病名・支給期間・支給額等）
- 6 その他、支給決定に関し必要な情報

令和 年 月 日

住所

氏名

印

※照会により取得した個人情報は傷病手当金の支給決定にかかること以外には使用いたしません。