

# 傷病手当金支給申請に伴う加入状況報告

東洋製罐健康保険組合  
理事長 あて

(記入日)

令和 年 月 日

住所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ (日中連絡先)

私は下記の健康保険(組合)に加入していたことに相違ありません。

## 記

記入対象期間 : 東洋製罐健康保険組合に加入される以前の過去5年間  
※国民健康保険に加入されていた場合もご記入ください

	加入していた健康保険組合名 (※1)	いつから	いつまで	傷病手当金 受給の有無(※2)
例	東洋製罐健保組合	H30.1.5	R2.6.30	有り(うつ病)
1				
2				
3				
4				
5				

※1.加入していた健保名がわからない場合は勤務先の「会社名」を  
市区町村の国民健康保険加入していた場合は「●●市・国保」と記入

※2.傷病手当金を受けていた場合は「有り(傷病名)」を記入

以上