

前歴確認について

*現在の事業所に勤務(当健康保険組合に加入)するまでの、直近2年間の職歴および健康保険の加入状況についてご記入ください。

被保険者等 記号 - 番号	-	被保険者氏名	
------------------	---	--------	--

【加入状況】

1		加 入 期 間	平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年	月	日		
		記 号 - 番 号	-										
		区 分	本人・家族										
		傷病手当金受給の有無	有(傷病名:)・無										
		保 険 者 名	<input type="checkbox"/> ① 健康保険組合	() 健康保険組合									
			<input type="checkbox"/> ② 協会けんぽ	全国健康保険協会 () 支部									
			<input type="checkbox"/> ③ 国民健康保険	()市・区・町・村									
	*①または②に該当する場合 勤務していた事業所の名称												
	*③に該当する場合 加入時の本人住所		〒										

2		加 入 期 間	平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年	月	日		
		記 号 - 番 号	-										
		区 分	本人・家族										
		傷病手当金受給の有無	有(傷病名:)・無										
		保 険 者 名	<input type="checkbox"/> ① 健康保険組合	() 健康保険組合									
			<input type="checkbox"/> ② 協会けんぽ	全国健康保険協会 () 支部									
			<input type="checkbox"/> ③ 国民健康保険	()市・区・町・村									
	*①または②に該当する場合 勤務していた事業所の名称												
	*③に該当する場合 加入時の本人住所		〒										

【記入上の注意等】

- *加入箇所が2ヶ所以上ある方は、1(上段)のほうに一番直近のものをご記入ください。
- *保険者名①～③は該当するところのチェックボックス(□)に✓を付け、名称・所在地をご記入ください。
- *直近2年以内に3ヶ所以上ある場合は、この用紙をコピーしてご記入ください。