

資格確認について

*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。

被保険者証 記号一 番号	—	被保険者氏名	
-----------------	---	--------	--

【加入状況】

1 保 險 者 名	加入期間	平成 令和 年 月 日	～	平成 令和 年 月 日
	記号一 番号	—		
	区分	本人・家族		
	傷病手当金受給の有無	有(傷病名:)・無		
	<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 保 險 者 名	加入期間	平成 令和 年 月 日	～	平成 令和 年 月 日
	記号一 番号	—		
	区分	本人・家族		
	傷病手当金受給の有無	有(傷病名:)・無		
	<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。