

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1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 - 番号		被保険者氏名	
------------------	--	--------	--

【加入状況】

1		加入期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
		事業所名				
		本人・家族	本人 ・ 家族			
		記号 - 番号	記号		番号	
	保険者名	①健康保険組合名	() 健康保険組合			
		②協会けんぽ名	全国健康保険協会 () 支部			
		③国民健康保険	() 市・区・町・村			
		上記保険者所在地				
	傷病手当金受給の有無	有 ・ 無				

2		加入期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
		事業所名				
		本人・家族	本人 ・ 家族			
		記号 - 番号	記号		番号	
	保険者名	①健康保険組合名	() 健康保険組合			
		②協会けんぽ名	全国健康保険協会 () 支部			
		③国民健康保険	() 市・区・町・村			
		上記保険者所在地				
	傷病手当金受給の有無	有 ・ 無				

【記入上の注意等】

- *加入箇所が2ヵ所以上ある方は、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は該当するところを○で囲い、保険者名をご記入ください。
- *直近1年以内に3ヵ所以上ある場合は、この用紙をコピーしてご記入ください。