

健康保険加入記録・保険給付記録調査書

当健保組合の加入期間が1年未満の場合、当健保組合の傷病手当金の支給決定に際し、本調査が必要であるため、以下の記入をお願いします。

※取得した個人情報、保険給付支給決定の目的以外に使用いたしません。

※必要に応じ、以下の記載項目以外にも確認をお願いする場合があります。

1. 当健保組合の加入状況をご記入ください。

被保険者証 記号-番号	—	被保険者 氏名	
被保険者証 住所	〒 —		
入社日	S · H · R	年	月 日

※S：昭和、H：平成、R：令和

2. 上記入社日前に勤務していた勤務先や健康保険組合（協会けんぽの場合は支部名も）をご記入ください。

① 勤務先の名称			
勤務した期間	S · H · R	年	月 日 ~ S · H · R 年 月 日
健康保険組合の名称			
被保険者証の記号-番号	—		

①の勤務した期間が1年未満の場合は、前々歴を②にご記入ください。

② 勤務先の名称			
勤務した期間	S · H · R	年	月 日 ~ S · H · R 年 月 日
健康保険組合の名称			
被保険者証の記号-番号	—		

入社日と①の間に期間が空いている場合は、その時に加入していた健康保に☑をつけてください。

<input type="checkbox"/> 国民健康保険（市区町村名： ）	<input type="checkbox"/> 健康保険未加入
<input type="checkbox"/> 健康保険被扶養者	<input type="checkbox"/> 健康保険任意継続被保険者

3. 入社日以前の傷病手当金の受給歴あり・なしに☑をつけ、ありの場合は追加の記入をお願いします。

<input type="checkbox"/> 受給歴あり → ・傷病名（ ） ・受給期間（ H · R 年 月 日 ~ H · R 年 月 日 ） ・受給時の健康保険組合（ ①と同じ ・ ②と同じ ・ ①②以外 ） ※「①②以外」の場合は下記に健康保険組合名、記号番号をご記入ください。 ・健康保険組合の名称（ ） ・健康保険組合の記号-番号（ — ）
<input type="checkbox"/> 受給歴なし

上記のとおり、相違ありません。

年 月 日

被保険者氏名
