

健康保険加入状況調査票

傷病手当金は、加入する健康保険が変更になったとき、支給開始日の履歴を以前加入していた健康保険から引き継ぐ場合があります。この調査票は、傷病手当金の支給可否決定に必要なため、以下を記入してご提出ください。

■健康保険加入履歴（当組合へ加入する前の直近2年間に加入していた健康保険についてご記入願います。

当健保加入日	令和 年 月 日	
※当健保加入日と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険		
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険（市区町村名 _____）	
	<input type="checkbox"/> 前職の健康保険任意継続被保険者	
	<input type="checkbox"/> 家族等の被扶養者 <input type="checkbox"/> 健康保険未加入	
①	勤務先名称	_____
	在籍期間	_____年 月 日 ~ _____年 月 日
	健康保険名称	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ _____ 支部
		<input type="checkbox"/> _____ 健康保険組合
		<input type="checkbox"/> 国民健康保険（市区町村名 _____）
	保険証記号・番号	<input type="checkbox"/> 不明 記号 _____ 番号 _____
傷病手当金の受給	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
②	勤務先名称	_____
	在籍期間	_____年 月 日 ~ _____年 月 日
	健康保険名称	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ _____ 支部
		<input type="checkbox"/> _____ 健康保険組合
		<input type="checkbox"/> 国民健康保険（市区町村名 _____）
	保険証記号・番号	<input type="checkbox"/> 不明 記号 _____ 番号 _____
傷病手当金の受給	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
③	勤務先名称	_____
	在籍期間	_____年 月 日 ~ _____年 月 日
	健康保険名称	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ _____ 支部
		<input type="checkbox"/> _____ 健康保険組合
		<input type="checkbox"/> 国民健康保険（市区町村名 _____）
	保険証記号・番号	<input type="checkbox"/> 不明 記号 _____ 番号 _____
傷病手当金の受給	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	

令和 年 月 日

被保険者住所 _____

被保険者氏名 _____ (印)