

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 3 年 7 月 1 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			
	☐ 国民健康保険（市区町村名	）	
	☐ 前職の健康保険任意継続被保険者		
	☒ 家族等の被扶養者	☐ 健康保険未加入	
①	勤務先名称	〇〇〇株式会社	
	在籍期間	平成 3 1 年 1 0 月 1 日 ~ 令和 3 年 3 月 3 1 日	
	健康保険名称	☒ 協会けんぽ 〇〇〇 支部	
		☐ 健康保険組合	
		☐ 国民健康保険（市区町村名	
	保険証記号・番号	☒ 不明	記号
傷病手当金の受給	☐ 有り	☒ 無し	
②	勤務先名称		
	在籍期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	健康保険名称	☐ 協会けんぽ 支部	
		☐ 健康保険組合	
		☐ 国民健康保険（市区町村名	
	保険証記号・番号	☐ 不明	記号
傷病手当金の受給	☐ 有り	☐ 無し	
③	勤務先名称		
	在籍期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	健康保険名称	☐ 協会けんぽ 支部	
		☐ 健康保険組合	
		☐ 国民健康保険（市区町村名	
	保険証記号・番号	☐ 不明	記号
傷病手当金の受給	☐ 有り	☐ 無し	

令和 〇 年 〇 月 〇 日
被保険者住所 東京都千代田区〇〇〇
被保険者氏名 健保 太郎 (印)