

被保険者氏名		記号・番号	—
会社名		入社日	年 月 日

【調 査 書】

1.入社前の勤務歴について「①前職」欄へご記入下さい。①の勤務した期間が1年未満の場合は、「②前々職」欄もご記入下さい。

① 前 職	会社名			
	在籍期間	年 月 日～	年 月 日	
	加入健康保険組合名			
	被保険者等記号番号	記号	番号	
	傷病手当金受給歴有無	☐ 受給歴あり(※下段も記入して下さい) ☐ 受給歴なし		
	給付金受給内容 ※「受給歴あり」の場合記入して下さい	傷病名 : 受給期間 : 年 月 日～ 年 月 日		
② 前 々 職	会社名			
	在籍期間	年 月 日～	年 月 日	
	加入健康保険組合名			
	被保険者等記号番号	記号	番号	
	傷病手当金受給歴有無	☐ 受給歴あり(※下段も記入して下さい) ☐ 受給歴なし		
	給付金受給内容 ※「受給歴あり」の場合記入して下さい	傷病名 : 受給期間 : 年 月 日～ 年 月 日		

※前職欄の「加入健康保険組合名」及び「被保険者等記号番号」は、当組合から記録照会を行う際に必要な項目となりますので**必ずご記入下さい**。不明な場合は、お勤めだった勤務先または加入されていた健康保険組合等へ直接お問い合わせいただき確認して下さい。全国健康保険協会(協会けんぽ)に加入されていた方は支部名までご記入下さい。

2.前職退職日から現職入社日の間が空いている場合は、その期間加入していた保険に✓をつけ名称をご記入下さい。

- ☐ 健康保険未加入
- ☐ 国民健康保険 [市区町村名 :]
- ☐ 健康保険被扶養者 [健康保険組合名 :]
- ☐ 健康保険任意継続被保険者 [健康保険組合名 :]