安田日本興亜健康保険組合　御中

第１回目の申請時のみ、提出してください。

健康保険加入状況等確認書

※当組合に加入して、休み始めた日まで１年６ヵ月以上ある方は不要です。

令和　　年　　月　　日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１．安田日本興亜健康保険組合へ加入した日より前１年６か月間の医療保険者（健康保険組合等）の加入状況等について、順に遡って記入してください。

※記入しきれない場合、当該確認書をコピーして使用してください。

	加入していた医療保険者名称（健康保険組合等）	加入期間（資格取得日～資格喪失日） 被保険者証の記号、番号 前勤務先会社情報	傷病手当金の受給状況（傷病手当金を受給したことがある場合、傷病名、受給期間を記入してください）
１つ前の保険者	□（　　）健保 □（　　）共済 □協会けんぽ（　　）支部 □（　　市区町村）国保 □家族の扶養として加入（国保除く） ・加入先（　　） ※右の欄に記入が必要です。 □どこにも加入していない ●右記勤務先に入社した採用区分について○印をしてください。 新卒採用　・　中途採用	平成・令和　年　月　日から 平成・令和　年　月　日まで 記号： 番号： 会社名： 所在地： ＴＥＬ：	【受給の有無について】 有　・　無 【傷病名】 【受給期間】 平成・令和　年　月　日から 平成・令和　年　月　日まで
２つ前の保険者	□（　　）健保 □（　　）共済 □協会けんぽ（　　）支部 □（　　市区町村）国保 □家族の扶養として加入（国保除く） □どこにも加入していない ●右記勤務先に入社した採用区分について○印をしてください。 新卒採用　・　中途採用	平成・令和　年　月　日から 平成・令和　年　月　日まで 記号： 番号： 会社名： 所在地： ＴＥＬ：	【受給の有無について】 有　・　無 【傷病名】 【受給期間】 平成・令和　年　月　日から 平成・令和　年　月　日まで

２．安田日本興亜健康保険組合に加入する前に氏名を変更されたことはありますか。変更している場合、変更前の氏名を記入してください。

していない　・　した　（→変更前の氏名（ふりがな）　　）

３．国民健康保険へ加入していた場合、「加入資格証明書（市役所等に要交付申出）等を必ず添付して提出してください。

※「加入資格証明書」は市区町村によって名称が異なります。