

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 元 年 月 日

氏名 健保 太郎

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ヵ月間の医療保険者（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)		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)
		被保険者等の記号、番号		
		前勤務先会社情報		
1 つ 前 の 保 険 者	<input type="checkbox"/> () 健保 <input type="checkbox"/> () 共済 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ () 支部 <input checked="" type="checkbox"/> (△△×× 市区町村) 国保 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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 ・ <u>中途採用</u>	<u>平成</u> 31年 1月 1日から 令和 <u>平成</u> 31年 3月 31日まで 令和	【受給の有無について】 有 ・ <u>無</u>	
	記号：01 番号：2345	【傷病名】		
	会社名：〇〇△△株式会社 所在地：東京都〇〇区□□町 △-△-△ TEL：03-〇〇〇〇-□□□□	【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	<input checked="" type="checkbox"/> (〇×△□) 健保 <input type="checkbox"/> () 共済 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ () 支部 <input type="checkbox"/> (市区町村) 国保 <input type="checkbox"/> 家族の扶養として加入(国保除く) <input type="checkbox"/> 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。 <u>新卒採用</u> ・ 中途採用	<u>平成</u> 17年 4月 1日から 令和 <u>平成</u> 30年 12月 31日まで 令和	【受給の有無について】 <u>有</u> ・ 無	
	記号：678 番号：90123	【傷病名】 脳梗塞		
	会社名：株式会社□□ 所在地：東京都△△市〇-〇-〇 TEL：03-〇〇〇〇-□□□□	【受給期間】 <u>平成</u> ・令和 26年 7月 1日から <u>平成</u> ・令和 28年 1月 31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))