

前所属健康保険等加入状況回答書

- 太枠内に記入してください。
- 所属していた健康保険組合等に問い合わせを行います。過去3年間について記入してください。
続紙を使用しても記入欄が足りない場合は、続紙をExcelで増やしてご使用ください。
- 全国健康保険協会(協会けんぽ)、総合健保に所属していた場合、照会の関係上、前勤務先社名・基礎年金番号の記入が必須です。
(記入がなかった場合は、確認のため連絡先電話番号に連絡します。あらかじめご了承ください)
- 無保険の期間があるときは、その期間を記入してください。

氏名		
生年月日		
住所		
日中連絡先	電話	
	メール	

<input type="checkbox"/>	当健康保険組合加入3年以上経過済み	資格取得日		年	月	日
--------------------------	-------------------	-------	--	---	---	---

前所属健保組合名	<input type="checkbox"/>	1. 健康保険組合					
	<input type="checkbox"/>	2. 全国健康保険協会(協会けんぽ)【※前勤務先名、基礎年金番号記入必須】					
	<input type="checkbox"/>	3. 国民健康保険					
	<input type="checkbox"/>	4. 無保険					
前勤務先社名							
前勤務先住所							
A:基礎年金番号							
種別 被保険者 被扶養者 (いずれかに○をする もしくは 該当しない種別を消してください。)							
加入期間							
	年	月	日	~	年	月	日

前所属健保組合名	<input type="checkbox"/>	1. 健康保険組合					
	<input type="checkbox"/>	2. 全国健康保険協会(協会けんぽ)【※前勤務先名、基礎年金番号記入必須】					
	<input type="checkbox"/>	3. 国民健康保険					
	<input type="checkbox"/>	4. 無保険					
前勤務先社名							
前勤務先住所							
A:基礎年金番号							
種別 被保険者 被扶養者 (いずれかに○をする もしくは 該当しない種別を消してください。)							
加入期間							
	年	月	日	~	年	月	日

前所属健保組合名	<input type="checkbox"/>	1. 健康保険組合					
	<input type="checkbox"/>	2. 全国健康保険協会(協会けんぽ)【※前勤務先名、基礎年金番号記入必須】					
	<input type="checkbox"/>	3. 国民健康保険					
	<input type="checkbox"/>	4. 無保険					
前勤務先社名							
前勤務先住所							
A:基礎年金番号							
種別 被保険者 被扶養者 (いずれかに○をする もしくは 該当しない種別を消してください。)							
加入期間							
	年	月	日	~	年	月	日

前所属健保組合名	<input type="checkbox"/>	1. 健康保険組合					
	<input type="checkbox"/>	2. 全国健康保険協会(協会けんぽ)【※前勤務先名、基礎年金番号記入必須】					
	<input type="checkbox"/>	3. 国民健康保険					
	<input type="checkbox"/>	4. 無保険					
前勤務先社名							
前勤務先住所							
A:基礎年金番号							
種別 被保険者 被扶養者 (いずれかに○をする もしくは 該当しない種別を消してください。)							
加入期間							
	年	月	日	~	年	月	日

前所属健保組合名	<input type="checkbox"/>	1. 健康保険組合					
	<input type="checkbox"/>	2. 全国健康保険協会(協会けんぽ)【※前勤務先名、基礎年金番号記入必須】					
	<input type="checkbox"/>	3. 国民健康保険					
	<input type="checkbox"/>	4. 無保険					
前勤務先社名							
前勤務先住所							
A:基礎年金番号							
種別 被保険者 被扶養者 (いずれかに○をする もしくは 該当しない種別を消してください。)							
加入期間							
	年	月	日	～	年	月	日

前所属健保組合名	<input type="checkbox"/>	1. 健康保険組合					
	<input type="checkbox"/>	2. 全国健康保険協会(協会けんぽ)【※前勤務先名、基礎年金番号記入必須】					
	<input type="checkbox"/>	3. 国民健康保険					
	<input type="checkbox"/>	4. 無保険					
前勤務先社名							
前勤務先住所							
A:基礎年金番号							
種別 被保険者 被扶養者 (いずれかに○をする もしくは 該当しない種別を消してください。)							
加入期間							
	年	月	日	～	年	月	日

前所属健保組合名	<input type="checkbox"/>	1. 健康保険組合					
	<input type="checkbox"/>	2. 全国健康保険協会(協会けんぽ)【※前勤務先名、基礎年金番号記入必須】					
	<input type="checkbox"/>	3. 国民健康保険					
	<input type="checkbox"/>	4. 無保険					
前勤務先社名							
前勤務先住所							
A:基礎年金番号							
種別 被保険者 被扶養者 (いずれかに○をする もしくは 該当しない種別を消してください。)							
加入期間							
	年	月	日	～	年	月	日

前所属健保組合名	<input type="checkbox"/>	1. 健康保険組合					
	<input type="checkbox"/>	2. 全国健康保険協会(協会けんぽ)【※前勤務先名、基礎年金番号記入必須】					
	<input type="checkbox"/>	3. 国民健康保険					
	<input type="checkbox"/>	4. 無保険					
前勤務先社名							
前勤務先住所							
A:基礎年金番号							
種別 被保険者 被扶養者 (いずれかに○をする もしくは 該当しない種別を消してください。)							
加入期間							
	年	月	日	～	年	月	日