

前所属健康保険等加入状況回答書

- 太枠内に記入して下さい。
- 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、続紙をコピーして使用して下さい。
- 協会けんぽに所属していた場合、照会の関係上、支部名・基礎年金番号（A）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下さい。

氏 名	
生年月日	昭・平・令 年 月 日
住 所	
日中連絡先	

◆該当箇所に必要な事項を記入して下さい。

☐ 当健康保険組合加入3年以上経過済み(資格取得 平・令 年 月 日)

前所属健保組合名	1. 健康保険組合 2. 協会けんぽ【※支部名・基礎年金番号記入必須】
	【 】 健康保険組合・支部
	3. 国民健康保険 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
加入期間	平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日迄

前所属健保組合名	1．健康保険組合 2．協会けんぽ【※支部名・基礎年金番号記入必須】
	【 】 健康保険組合・支部
	3．国民健康保険 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
加入期間	平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日迄

前所属健保組合名	1. 健康保険組合 2. 協会けんぽ【※支部名・基礎年金番号記入必須】
	【 】 健康保険組合・支部
	3. 国民健康保険 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
加入期間	平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日迄

続 紙

◆該当箇所に必要事項を記入して下さい。

[illegible]

前所属健保組合名	1. 健康保険組合 2. 協会けんぽ【※支部名・基礎年金番号記入必須】
	【 】 健康保険組合・支部
	3. 国民健康保険 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
加入期間	平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日迄

前所属健保組合名	1. 健康保険組合 2. 協会けんぽ【※支部名・基礎年金番号記入必須】
	【 】 健康保険組合・支部
	3. 国民健康保険 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
加入期間	平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日迄