## 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			召・平・令	<del></del>	年		月		目		
住所											
日中連絡先											
◆該当箇所に必要事	「項を記入して下さい。										
□ 当健康保険	組合加入3年以上紀	<b>隆過済み(</b>	資格取	得 平	• 令		年 月		日)		
	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】										
前所属健保組合名	I					1			健康保険	後組合・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	月	~	平•令	年	月	日迄	
	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】										
前所属健保組合名	[		1			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	目	~	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】										
	ľ				]				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	1	平・令	年	月	日	~	平・令	年	月	日迄	

## ◆該当箇所に必要事項を記入して下さい。

前所属健保組合名	1. 健康保険組合		《支部名・基礎年金番号記入	必須】						
	I		1	健康保	健康保険組合・支部					
	3. 国民健康保険		4. 無保隆	<del></del>						
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 • 被扶养	養者						
加入期間		平・令 年	月 日~ 平・令	テ 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】									
	I		1	健康保	健康保険組合・支部					
	3. 国民健康保険		4. 無保隆	<del></del>						
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	テ 年 月	日迄					
	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】									
前所属健保組合名	I		1	健康保	健康保険組合・支部					
	3. 国民健康保険		4. 無保隆	<del></del>						
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 • 被扶勃	<del></del>						
加入期間		平・令 年	月 日 ~ 平・令	テ 年 月	日迄					