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1.5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、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）

氏　名	
生年月日	昭和 / 平成　　年　　月　　日
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1.5年以上経過済み（　資格取得　　年　　月　　日　）

前所属健保組合名	1．健康保険組合　　2．協会けんぽ【※前勤務先名、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
前勤務先社名	
A：基礎年金番号	
種別	被保険者　・　被扶養者
加入期間	年　月　日　～　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【※前勤務先名、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
前勤務先社名	
A：基礎年金番号	
種別	被保険者　・　被扶養者
加入期間	年　月　日　～　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【※前勤務先名、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
前勤務先社名	
A：基礎年金番号	
種別	被保険者　・　被扶養者
加入期間	年　月　日　～　年　月　日迄

続　紙

◆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　　2．協会けんぽ【※前勤務先名、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
前勤務先社名	
A：基礎年金番号	
種別	被保険者　・　被扶養者
加入期間	年　月　日　～　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【※前勤務先名、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
前勤務先社名	
A：基礎年金番号	
種別	被保険者　・　被扶養者
加入期間	年　月　日　～　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【※前勤務先名、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
前勤務先社名	
A：基礎年金番号	
種別	被保険者　・　被扶養者
加入期間	年　月　日　～　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【※前勤務先名、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
前勤務先社名	
A：基礎年金番号	
種別	被保険者　・　被扶養者
加入期間	年　月　日　～　年　月　日迄