

資格取得日

令和2年4月1日

この部分に保険証の資格取得日を入力すると下記に3年分の期間は表示されます。

受給状況回答書

記号番号

-

平成29年4月1日 から 令和2年3月31日

上記の期間についてご記入ください

記載日 令和 年 月 日

氏名

※ 当組合加入以前、過去3年間の受給状況について記入してください。

※ 該当の箇所を○で囲むか、記入してください。

〔健康保険加入履歴について〕		
加入期間	加入保険者	加入資格
A ① 平成29年4月1日 ~ ② 平成30年9月30日	① 健康保険組合 (組合名 ○○健康保険組合) ② 全国健康保険協会 (支部名) (事業所名) ③ 国民健康保険 (市町村名) ④ その他 ()	① 被保険者本人 ② 被扶養者 被保険者氏名 ()
B ① 平成30年10月1日 ~ ② 平成1年9月30日	① 健康保険組合 (組合名) ② 全国健康保険協会 (支部名) (事業所名) ③ 国民健康保険 (市町村名 横浜市中区) ④ その他 ()	① 被保険者本人 ② 被扶養者 被保険者氏名 ()
C ① 平成1年10月1日 ~ ② 平成1年12月31日	① 健康保険組合 (組合名) ② 全国健康保険協会 (支部名 神奈川支部) (事業所名 医療法人□□会) ③ 国民健康保険 (市町村名) ④ その他 ()	① 被保険者本人 ② 被扶養者 被保険者氏名 ()
D ① 平成2年1月1日 ~ ② 平成2年1月31日	① 健康保険組合 (組合名) ② 全国健康保険協会 (支部名 千葉支部) (事業所名 社会福祉法人○○) ③ 国民健康保険 (市町村名) ④ その他 ()	① 被保険者本人 ② 被扶養者 被保険者氏名 ()
E ① 平成2年2月1日 ~ ② 平成2年3月31日	① 健康保険組合 (組合名) ② 全国健康保険協会 (支部名 東京支部) (事業所名 医療法人△△会) ③ 国民健康保険 (市町村名) ④ その他 ()	① 被保険者本人 ② 被扶養者 被保険者氏名 ()

〔上記期間にかかる傷病手当金の受給の有無について〕

- ① 受給有り ⇒ 受給有りの場合は下記の項目にお答えください。
 ② 受給無し

A	受給期間 ① 平成30年5月16日～平成② 1年9月30日	対象傷病名 (適応障害)
B	受給期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日	対象傷病名 ()
C	受給期間 平成① 1年12月8日～平成② 1年12月31日	対象傷病名 (右足首捻挫)
D	受給期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日	対象傷病名 ()
E	受給期間 平成① 2年2月21日～平成② 2年2月25日	対象傷病名 (インフルエンザ)

※ 用紙が足りないときは裏面等を使用してください。