

様
(12 -)

前 歴 確 認 書

日野自動車健康保険組合に加入される以前の医療保険(直近3年以内)の加入状況を回答してください。
(資格取得直後の請求の場合に確認を行っております)

加入 して いた 保 険 ①	【保険者名称】	加入内容 社保、国保、家族の扶養の該当するものを○で囲む		保険証 記号・番号		
		該当	社会保険 国保健康保険 家族の扶養	—		
		期間	年 月 日～ 年 月 日			
	【所在地】〒 —	【傷病手当金の受給状況】 あり なし (ありの場合以下記入)				
		傷病名				
	【連絡先】	受給期間	年 月 日 ～ 年 月 日			

加入 して いた 保 険 ②	【保険者名称】	加入内容 社保、国保、家族の扶養の該当するものを○で囲む		保険証 記号・番号		
		該当	社会保険 国保健康保険 家族の扶養	—		
		期間	年 月 日～ 年 月 日			
	【所在地】〒 —	【傷病手当金の受給状況】 あり なし (ありの場合以下記入)				
		傷病名				
	【連絡先】	受給期間	年 月 日 ～ 年 月 日			

加入 して いた 保 険 ③	【保険者名称】	加入内容 社保、国保、家族の扶養の該当するものを○で囲む		保険証 記号・番号		
		該当	社会保険 国保健康保険 家族の扶養	—		
		期間	年 月 日～ 年 月 日			
	【所在地】〒 —	【傷病手当金の受給状況】 あり なし (ありの場合以下記入)				
		傷病名				
	【連絡先】	受給期間	年 月 日 ～ 年 月 日			

令和 年 月 日

〒 —

住所 _____

氏名 _____ 印

日野自動車健康保険組合理事長殿