前歷確認書

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)

【保険者名称】 加 人	加力	加入内容 社保、国保、家族の扶養の該当するものを〇で囲む						保険証 記号・番号		
	該当	該当 社会保険 国保健康保険 家族の扶養								
	期間	年	月	日~	年	月月	1	_		
【所在地】〒 -	【傷病手》	【傷病手当金の受給状況】 あり なし (ありの場					場合以下	記入)		
【連絡先】	傷病名									
【連絡先】	受給期間		年	月	目	~	年	月	日	
【保険者名称】	力II	入内容 **程	国保 家族	の抹養の該	当するものを(つで囲む。	保	強証 言	2号•番号	
]	該当	加入内容 社保、国保、家族の扶養の該当するものを〇で囲む 該当 社会保険 国保健康保険 家族の扶養					PINI	MANAGE HOW HE V		
	期間			日~	年	月 F	1	_		
【所在地】〒 –	.,	 当金の受給り					· 場合以下	記入)		
【連絡先】	傷病名				***					
【連絡先】	受給期間	1	年	月	目	~	年	月	日	
【保険者名称】	ታ በገ	入内宏 社保 1	国保 家族	の生姜の該	当するものを(つで囲む。	保	強証 言	2号•番号	
	該当	加入内容 社保、国保、家族の扶養の該当するものを〇で囲む 該当 社会保険 国保健康保険 家族の扶養				PIN	-5 <hr/>			
	期間	年月日~ 年月日				1	_			
【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	1	年	月	日	~	年	月	日	
·和 年 月	日 日		₹		_					