

『状況照会書』

(資格取得直後の請求の場合)

被保険者証 記号・番号	—		被保険者 氏名(自著)	
被保険者住所	〒		TEL	()
入社日	昭和・平成・令和		年	月 日
採用時の健康状態	健康診断の有無： 有 ・ 無 「無」の場合の健康状態()			
入社前の勤務歴	※入社日と①の間の期間が空いている場合は、その時に加入していた保険に☑をしてください。			
	<input type="checkbox"/> 健康保険任意継続被保険者（健康保険組合・協会けんぽ加入） <input type="checkbox"/> 国民健康保険（市区町村名 ） <input type="checkbox"/> 健康保険被扶養者（健康保険組合・協会けんぽ加入） <input type="checkbox"/> 健康保険未加入			
	①	入社前の 直近の勤務先名称		
		入社前の直近の勤務先で勤 務した期間	昭和・平成・令和	年 月 日 ～ 昭和・平成・令和
		入社前の直近の勤務先で加 入していた保険者(健康保険 組合等)の名称		
		入社前の直近の勤務先で加 入していた保険証の記号番 号		
	※①の勤務した期間が1年未満の場合は前々歴を②↓にご記入ください。			
	②	勤務先の名称		
		勤務した期間	昭和・平成・令和	年 月 日 ～ 昭和・平成・令和
		保険者(健康保険組合 等)の名称		
	保険証の記号番号			
傷病手当金受給歴	入社日以前の傷病手当金の受給の有無について			
	1.受給歴有り → 傷病名 () 受給期間 (年 月 日～ 年 月 日) 受給時の保険者 (①と同じ・②と同じ・①②以外) ※「①②以外」の場合は下記に保険者名、記号番号を記入してください。 保険者（健康保険組合等）の名称： 健康保険被保険者証の記号・番号：			
	2.受給歴無し			
今回の傷病の初診日	平成・令和		年	月 日

上記のとおり、相違ありません。

年 月 日

被保険者氏名(自著)

※取得した個人情報、保険給付金支給決定の目的以外には利用いたしません。

※必要に応じ、上記の記載項目以外にも確認をお願いする場合があります。

Y G 健康保険組合

R3.2.1