

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3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3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

	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】
前所属健保組合名	【 】 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

	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】
前所属健保組合名	【 】 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

◆該当箇所に必要な事項を記入して下さい。

[illegible]

	1. 健康保險組合 2. 協会けんぽ 【※前勤務先名、基礎年金番号記入必須】
前所属健保組合名	【 】 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

[illegible][illegible]