**加入状況等確認書**

当組合加入期間が1年6ヶ月未満の被保険者が、傷病手当金を請求する場合、当組合加入以前の職歴、保険者(健康保険組合等)の加入状況および傷病手当金受給状況等についてご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号－番号 | 　　　　 ― | 被保険者氏名 |  |
| 被保険者　住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ |
| 入社日（資格取得日） | 平・令　　年　　月　　日　 | **※入社時から請求期間までの出勤簿(タイムカード)の写しをご提出ください。** |
| **※加入または受給したときの保険者等が不明な場合は、以前の勤務先にご確認ください** |
| 現在の事業所に入社する前の職歴 | **※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者に🗸 印をつけてください** |
| * 国民健康保険(市区町村名　　　　　　　　　)　　□　健康保険未加入
* 健康保険被扶養者(健康保険組合・協会けんぽ加入)
* 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)
 |
| ① | 勤務先の名称 |  |
| 勤務した期間　平・令　　年　　月　　日 ～ 平・令　　年　　月　　日 |
| 被保険者証記号－番号 | － |
| 保険者（健康保険組合等）の名称 |  |
| **※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　平・令　　年　　月　　日 ～ 平・令　　年　　月　　日 |
| 被保険者証記号－番号 | － |
| 保険者（健康保険組合等）の名称 |  |
| 傷病手当金の有無 | 1. 受けていない　　2.　受けていた・・・以下をご記入ください

傷病名　　　　　　　　　　　　　　　　受給期間：平・令　　年　　月　　日　　～ 　平・令　　年　　月　　日　受給時の保険者　　 ①の保険者　・　②の保険者　　　　　　　　　　　 ①②以外 保険者の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者証記号-番号　　　　－　　　　 |

上記のとおり、相違ありません。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者氏名

**全国硝子業健康保険組合**