**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**