**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、傷病手当金を申請する場合、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の受給状況等についてご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者等  記号－番号 | － | | | 被保険者氏名 | | |  |
| 被保険者　住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | | | |
| 入社日  （資格取得日） | 令和　　年　　月　　日 | | | | **※入社時から申請期間までの出勤簿(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 | | | |  | |
| 傷病手当金受給の有無 | 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  　　　　　　　　　　　　　　　被保険者証等記号-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**