# 前健康保険等加入状況回答書

●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。
●記入欄が足りない場合は、回答書をもう一枚印刷し、右上に【続紙】と記入して下さい。
●全国健康保険協会（協会けんぽ）に所属していた場合、照会の関係上、前勤務先名・基礎年金番号が必須です。
●記入漏れや不備がある場合は、審査に時間がかかりますので漏れなく記入して下さい。
（日中連絡先にお電話で確認や回答書の差戻しをさせていただく場合がございますのであらかじめご了承ください。）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者氏名 | | 生年月日 | |
| 住所 | | | |
| 日中連絡先 | | | |

該当する場合□に✓をし、当組合の資格取得年月日を記入して下さい。

| |
|---|
| □　当健康保険組合加入３年以上経過済　（資格取得日　　年　　月　　日） |

| | |
|---|---|
| 前加入健康保険名<br>1～4いずれかの該当する箇所をご記載下さい | 1.健康保険組合（健康保険組合名：　　） |
| | 2.全国健康保険協会(協会けんぽ)（　　支部）　**※前勤務先名、基礎年金番号記入必須** |
| | 3.国民健康保険（加入時住所：　　） |
| | 4.その他（　　） |
| 前勤務先名 | |
| 基礎年金番号 | |
| 加入期間 | 年　月　日　～　年　月　日 |
| 種別 | 被保険者　・　被扶養者 |
| 傷病手当金受給歴 | あり　・　なし　（いずれかに〇を付けてください） |

| | |
|---|---|
| 前加入健康保険名<br>1～4いずれかの該当する箇所をご記載下さい | 1.健康保険組合（健康保険組合名：　　） |
| | 2.全国健康保険協会(協会けんぽ)（　　支部）　**※前勤務先名、基礎年金番号記入必須** |
| | 3.国民健康保険（加入時住所：　　） |
| | 4.その他（　　） |
| 前勤務先名 | |
| 基礎年金番号 | |
| 加入期間 | 年　月　日　～　年　月　日 |
| 種別 | 被保険者　・　被扶養者 |
| 傷病手当金受給歴 | あり　・　なし　（いずれかに〇を付けてください） |

| | |
|---|---|
| 前加入健康保険名<br>1～4いずれかの該当する箇所をご記載下さい | 1.健康保険組合（健康保険組合名：　　） |
| | 2.全国健康保険協会(協会けんぽ)（　　支部）　**※前勤務先名、基礎年金番号記入必須** |
| | 3.国民健康保険（加入時住所：　　） |
| | 4.その他（　　） |
| 前勤務先名 | |
| 基礎年金番号 | |
| 加入期間 | 年　月　日　～　年　月　日 |
| 種別 | 被保険者　・　被扶養者 |
| 傷病手当金受給歴 | あり　・　なし　（いずれかに〇を付けてください） |

GLV 健康保険組合　理事長 殿

# 同　意　書

私は健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、GLV健康保険組合が関係機関に対して、健康保険加入記録 ・ 給付記録 ・ 療養の給付記録 ・ 診療履歴 ・ 年金等、他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、また関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。

なお、本紙の写しも有効と認めます。

※関係機関とは、前に加入していた健康保険の保険者、医療機関、年金事務所、官公庁等をさします。

令和　　年　　月　　日

現住所

氏名（自署）