

## 健康保険加入状況等確認書

当組合にご加入後間もない方（1年未満程度の方）が傷病手当金をご請求される場合は、健康保険法第99条2項の規定により傷病手当金受給歴等の確認が必要となります。以下について、ご記入をお願いいたします。

1. 現在の事業所に入社する前の直近の事業所

会社名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

2. 全国設計事務所健康保険組合に加入する前の直近の保険者

（未加入の場合は最後に加入していた保険者）

☐ 被保険者として加入していた      ☐ 被扶養者として加入していた

☐ \_\_\_\_\_ 健康保険組合

☐ 全国健康保険協会 \_\_\_\_\_ 支部

☐ 国民健康保険 \_\_\_\_\_ 市・区・国保組合

☐ \_\_\_\_\_ 共済組合

被保険者等記号一番号 \_\_\_\_\_

加入期間：昭和・平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日

**\*2.の期間が1年を満たさない場合は、次ページも併せてご記入ください。**

3. 傷病手当金の有無

☐ 受けた      ☐ 受けていない

受けていた場合は、直近の受給について

傷病名 \_\_\_\_\_

加入期間：昭和・平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日

**\*加入または受給したときの保険者が不明な場合は、以前の勤務先に確認をしてください。**

令和 年 月 日

被保険者等記号一番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

全国設計事務所健康保険組合

【2. の期間が1年を満たさない場合は、以下をご記入ください。】

2 の期間前の事業所

(1) 事業所

会社名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

(2) ☐ 被保険者として加入していた ☐ 被扶養者として加入していた

☐ \_\_\_\_\_ 健康保険組合

☐ 全国健康保険協会 \_\_\_\_\_ 支部

☐ 国民健康保険 \_\_\_\_\_ 市・区・国保組合

☐ \_\_\_\_\_ 共済組合

被保険者等記号一番号 \_\_\_\_\_

※上記事業所・記号番号が不明な場合、加入当時の自宅の届出住所を必ずご記入ください。

住 所 \_\_\_\_\_

加入期間：昭和・平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日

(3) 傷病手当金の有無

☐ 受けた ☐ 受けていない

受けていた場合は、直近の受給について

傷病名 \_\_\_\_\_

加入期間：昭和・平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日

\*加入または受給したときの保険者が不明な場合は、以前の勤務先に確認をしてください。