

健康保険加入履歴記入書

資格取得日から1年に満たない期間にかかる傷病手当金・出産手当金の請求をする場合は、支給決定上必要
がありますので、資格取得日よりさかのぼって前1年間における健康保険の加入履歴を記入してください。

現在	記号	番号	氏名	資格取得年月日	令和 年 月 日
				勤務先名	

「履歴①～③」には資格取得年月日よりさかのぼって前1年間における健康保険の加入履歴を記入してください。

履歴 ①	加入期間	平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日			
	加入していた健康保険の ・種類 ・本人家族の別 ・記号番号	(○をしてください)	1. 埼玉県医師会健康保険組合		(○をしてください) 本人 ・ 家族
			2. 全国健康保険協会 (支部)	記号	
勤務先名称・所在地 (「本人」の場合は記入してください)	名称				
	所在地				
履歴 ②	加入期間	平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日			
	加入していた健康保険の ・種類 ・本人家族の別 ・記号番号	(○をしてください)	1. 埼玉県医師会健康保険組合		(○をしてください) 本人 ・ 家族
			2. 全国健康保険協会 (支部)	記号	
勤務先名称・所在地 (「本人」の場合は記入してください)	名称				
	所在地				
履歴 ③	加入期間	平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日			
	加入していた健康保険の ・種類 ・本人家族の別 ・記号番号	(○をしてください)	1. 埼玉県医師会健康保険組合		(○をしてください) 本人 ・ 家族
			2. 全国健康保険協会 (支部)	記号	
勤務先名称・所在地 (「本人」の場合は記入してください)	名称				
	所在地				

埼玉県医師会健康保険組合 御中

上記のとおり相違ありません。

記入日 令和 年 月 日

被保険者 住所 _____

氏名 _____

※この記入書によって取得した個人情報につきましては、保険給付支給決定にのみ使用し、それ以外の目的で使用
することは一切ありません。

— 受付印 —