

NXグループ健康保険組合 御中

以前に加入の健保組合における加入状況・傷病手当金受給状況

・当組合の被保険者資格取得後1年以内に傷病手当金の申請をされる方は、下記に当組合加入前3年間の健康加入状況について記入し、傷病手当金請求書に添付してください。

※本用紙に記載しきれない場合、本用紙のコピーを利用ください。(その場合においても下段の署名が必要です。)

記入日 年 月 日

記号		番号	
健康保険名称		区分(○印)	被保険者・被扶養者
加入期間	年	月	日 ~ 年 月 日
勤務先	名称	TEL	
傷病手当金の受給歴	無 ・ 有 ※「有」の場合 → 対象傷病() 受給期間: 年 月 日 ~ 年 月 日		

記号		番号	
健康保険名称		区分(○印)	被保険者・被扶養者
加入期間	年	月	日 ~ 年 月 日
勤務先	名称	TEL	
傷病手当金の受給歴	無 ・ 有 ※「有」の場合 → 対象傷病() 受給期間: 年 月 日 ~ 年 月 日		

⑨ 当組合加入前3年間のうち上記期間外は、健康保険未加入で間違いありませんか？ はい いいえ

上記のとおり相違ありません。

私は、保険者が、給付に関して必要があると認めたときは、文書等により、本人、医療機関、事業所、官公庁等に照会を求めることに同意します。

なお、照会先が複数となる場合は、本書面の写しも有効と認めます。

NXグループ健康保険組合 理事長 殿

年 月 日

記号 番号

住所 TEL

氏名