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」及び、「過去に傷病手当金の受給歴のある方」は、下記に当組合加入前3年間の健康加入状況を記入し、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（〇印）	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（〇印）	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		

㊟ 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