

## 健康保険加入状況調査書（傷病手当金申請用）

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名

1. レゾナック健康保険組合に加入する前に勤務経験がありますか？  
 なし（学校卒業後、初めて現在の事業所（会社）に勤務）⇒ 下記2以降は記入不要です  
 あり⇒下記2にお進みください
2. レゾナック健康保険組合に加入する前の直近2年間の健康保険の加入状況、および勤務先名等をご記入ください。

※お預かりした個人情報は、傷病手当金の支給決定以外の目的では利用いたしません。

1	加入期間	<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ～ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	加入健保組合名	
	勤務先名	
2	加入期間	<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ～ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	加入健保組合名	
	勤務先名	
3	加入期間	<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ～ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	加入健保組合名	
	勤務先名	
4	加入期間	<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ～ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	加入健保組合名	
	勤務先名	
5	加入期間	<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ～ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	加入健保組合名	
	勤務先名	

### 「健康保険加入状況」および「傷病手当金給付記録」調査についての同意書

私は、レゾナック健康保険組合が上記に記載した前加入健康保険組合に、加入状況および傷病手当金の給付記録の照会を行うことに同意いたします。

令和 年 月 日

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

K002-1

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。  
 二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

受付日付印