

職 歴 回 答 書

※資格取得から1年未満の方はご記入ください。

被保険者等 記号・番号	—	被保険者 氏 名	(フリガナ)
----------------	---	-------------	--------

入 社 日 令和 年 月 日

※入社日と①との間に期間が開いている場合は、その時に加入していた保険にチェックをしてください。

国民健康保険（市区町村名 ）
 健康保険未加入
 健康保険被扶養者（健康保険組合・協会けんぽ加入）
 健康保険任意継続被保険者（健康保険組合・協会けんぽ加入）
 その他（ ）

① 勤務先の名称：
勤務先所在地 〒

就職年月日（ 年 月 日） 退職年月日（ 年 月 日）

保険者（健康保険組合等）の名称：
健康保険被保険者等記号・番号等： —
（分かる場合には記入）

② 勤務先の名称：
勤務先所在地 〒

就職年月日（ 年 月 日） 退職年月日（ 年 月 日）

保険者（健康保険組合等）の名称：
健康保険被保険者等記号・番号等： —
（分かる場合には記入）

③ 勤務先の名称：
勤務先所在地 〒

就職年月日（ 年 月 日） 退職年月日（ 年 月 日）

保険者（健康保険組合等）の名称：
健康保険被保険者等記号・番号等： —
（分かる場合には記入）

④ 勤務先の名称：
勤務先所在地 〒

就職年月日（ 年 月 日） 退職年月日（ 年 月 日）

保険者（健康保険組合等）の名称：
健康保険被保険者等記号・番号等： —
（分かる場合には記入）

上記の通り、相違ありません。

被保険者氏名：

同意書

健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給決定を行うにあたり、貴職が関係機関に対して、必要とする事項（給付記録・療養の給付記録、診療履歴、年金等）に関する情報を照会すること、及び資料の提供を依頼すること、また、関係機関が上記照会に回答すること、及び資料を提供することに同意いたします。
 ※関係機関とは、前加入保険者、官公署、医療機関、年金事務所等をさします。
 ※本同意書の写しも有効とさせていただきます。

令和 年 月 日

住 所：

被保険者氏名：

生 年 月 日： 昭和 ・ 平成 年 月 日