

職歴及び加入保険報告書

- ・傷病手当金の初回申請をされる場合に添付してください。
(大阪ガス健康保険組合の被保険者資格が5年未満の方)
- ・国民健康保険、扶養家族の加入期間も含めてご記入ください。
- ・日本年金機構発行の「被保険者記録照会回答票」の写しを添付してください。
- ・同意書(別紙)を添付してください。

会社名 (本社所在地)	健康保険組合名 (支部名)	加入期間	被保険者証の 記号・番号	同一傷病による左記 期間中の傷病手当金	備考
()	()	年 月 日～ 年 月 日	記号 番号	<input type="checkbox"/> 受給有 <input type="checkbox"/> 受給無	
()	()	年 月 日～ 年 月 日	記号 番号	<input type="checkbox"/> 受給有 <input type="checkbox"/> 受給無	
()	()	年 月 日～ 年 月 日	記号 番号	<input type="checkbox"/> 受給有 <input type="checkbox"/> 受給無	
()	()	年 月 日～ 年 月 日	記号 番号	<input type="checkbox"/> 受給有 <input type="checkbox"/> 受給無	
()	()	年 月 日～ 年 月 日	記号 番号	<input type="checkbox"/> 受給有 <input type="checkbox"/> 受給無	
()	()	年 月 日～ 年 月 日	記号 番号	<input type="checkbox"/> 受給有 <input type="checkbox"/> 受給無	

上記内容に相違ありません。

年 月 日

事業所名

被保険者番号

被保険者氏名

印

(直筆記入)