

職歴及び加入保険報告書

過去に加入されていた健康保険組合・全国健康保険組合等に、傷病手当金の受給記録等を確認させていただく場合があります。下記内容をよくお読みいただき、必要項目を記入してください。

※「骨折」「靭帯損傷」等、外傷性のけがによる申請の場合は、こちらの用紙は添付不要。別途「負傷原因届」を添付。

- ・傷病手当金の初回申請をされる方で、大阪ガス健康保険組合の加入期間が5年未満の方
- ・大阪ガス健康保険組合加入前5～6年を記入（国民健康保険、扶養家族の加入期間も含めて記入）
- ・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

※健康保険組合名などが不明な場合は**勤務されていた事業主(人事部等)にご確認いただき記入**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。

記入日 年 月 日

事業所名

被保険者番号

被保険者氏名

(直筆記入)

印