

職歴回答書

傷病手当金は加入する健康保険が変更したとき、支給開始日等の情報を以前加入していた健康保険から引き継ぐ場合があります。職歴回答書と同意書の添付がないと、内容審査ができず支給決定にお時間をいただくことになります。必ず添付ください。

※取得した個人情報は保険給付金支給決定の目的以外には利用いたしません。

※必要に応じ、以下の記載項目以外にも確認をお願いする場合があります。

ミットヨ健康保険組合理事長殿

被保険者証記号		被保険者証番号		申請日	年 月 日
被保険者氏名	氏	名		社員番号	
				生年月日	年 月 日
所属名称					
住民票住所					
連絡先電話番号	—	—	ミットヨ入社日		年 月 日
入社前の勤務歴	ミットヨに入社前(前職)に被保険者として加入していた健康保険について				
	勤務先の名称				
	勤務した期間		年 月 日	～	年 月 日
	健康保険組合の名称				
	※前職の勤務した期間が2年未満の場合は前々職について↓にご記入ください。				
	勤務先の名称				
	勤務した期間		年 月 日	～	年 月 日
	健康保険組合の名称				
	※ミットヨ入社日と前職退職後の間に期間が空いている場合は、その間に加入していた保険を選択してください。				
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(市区町村名:) <input type="checkbox"/> 健康保険未加入 <input type="checkbox"/> 家族の健康保険(被扶養者) <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者				
上記期間の状況について該当するものを選択してください。					
<input type="checkbox"/> 自営業またはアルバイト等をしていた <input type="checkbox"/> 雇用保険受給または就職活動をしていた <input type="checkbox"/> 体調不良により療養していた <input type="checkbox"/> その他()					
ミットヨ入社日以前の傷病手当金の受給について					
<input type="checkbox"/> 受給あり					
傷病名					
受給期間		年 月 日	～	年 月 日	
受給時の健康保険	<input type="checkbox"/> 前職と同じ	<input type="checkbox"/> 前々職と同じ	<input type="checkbox"/> 前職、前々職以外		
※受給時の健康保険が前職、前々職以外の場合、下記に受給時の健康保険名称を記入してください					
受給時の健康保険					
<input type="checkbox"/> 受給なし					

上記のとおり相違ありません。

記入日 年 月 日 被保険者氏名(自署) : _____