

前健康保険等加入状況回答書

- SUMIグループ健康保険組合に加入する前の直近3年間について、加入していた健康保険組合等を記入して下さい。
- 家族の扶養者として加入していた場合は、そのご家族(被保険者)の氏名・勤務先・健康保険情報を記入して下さい。
- 記入欄が足りない場合は、回答書をもう一枚印刷し、右上に【続紙】と記入して下さい。
- 記入に不備がある場合は、確認に時間がかかりますので漏れなく記入して下さい。

被保険者氏名		生年月日	年 月 日
日中連絡先	()	E-mail	@

該当する場合は□に✓をし当組合の資格取得年月日を記入して下さい。

☐ 当健康保険組合加入3年以上経過済み（ 資格取得年月日 年 月 日 ）

前加入健康保険名 該当する番号に○印 をつけ健保名を記入	1. 健康保険組合 ()健康保険組合
	2. 全国健康保険協会(協会けんぽ) ()支部
	3. 国民健康保険 (加入時住所:)
	4. その他 ()
種 別	被保険者 ・被扶養者 (被保険者氏名:)
前勤務先名	
加 入 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日
傷病手当金受給歴	あり ・ なし (いずれかに○を付けてください)

前加入健康保険名 該当する番号に○印 をつけ健保名を記入	1. 健康保険組合 ()健康保険組合
	2. 全国健康保険協会(協会けんぽ) ()支部
	3. 国民健康保険 (加入時住所:)
	4. その他 ()
種 別	被保険者 ・被扶養者 (被保険者氏名:)
前勤務先名	
加 入 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
傷病手当金受給歴	あり ・ なし (いずれかに○を付けてください)

前加入健康保険名 該当する番号に○印 をつけ健保名を記入	1. 健康保険組合 ()健康保険組合
	2. 全国健康保険協会(協会けんぽ) ()支部
	3. 国民健康保険 (加入時住所:)
	4. その他 ()
種 別	被保険者 ・被扶養者 (被保険者氏名:)
前勤務先名	
加 入 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
傷病手当金受給歴	あり ・ なし (いずれかに○を付けてください)