

健康保険加入期間等申告書

(令和4年10月1日に資格取得した短期組合員提出用)

- 出産費請求書添付用
 傷病手当金請求書添付用
 出産手当金請求書添付用
 任意継続組合員資格取得申出書添付用

※該当する箇所には☑を付けてください。

所属所名 (市町村等)	組合員証番号	組合員氏名	資格取得年月日
			令和4年10月1日

- 当組合の資格取得年月日の前日（令和4年9月30日）まで引き続き加入していた健康保険の被保険者であった期間に関する加入履歴を記入してください。

※下記の加入履歴については、当組合の資格取得年月日から起算して1年以上の加入履歴を記入願います。

保険者の名称	勤務先の名称	資格取得年月日 (加入年月日)	資格喪失年月日 (退職日の翌日)
		平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日
		平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日
		平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日

上記のとおり申告いたします。

令和 年 月 日

組合員氏名
(本人自署)

上記の記載事項について、相違ないことを証明いたします。

令和 年 月 日

事業所名
代表者氏名