

【記入例】

取得接近調査書

被保険者の 記号・番号	10 - 456	被保険者氏名	健保 太郎
		生年月日	昭和 1 年 2 月 3 日 平成
被保険者住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション301号室 電話 080 (1234) 5678		
前歴	採用直近の前歴について		
	勤務先の名称： 〇〇株式会社		
	所在地： 大阪府大阪市〇〇区〇〇町1-2-3		
	勤務期間： 昭和〇〇年4月～平成〇〇年〇月		
	健康保険に加入していた場合		
前歴における 傷病手当金 受給について	健康保険組合の名称： 全国健康保険協会 大阪支部		
	被保険者証の記号・番号： 〇〇〇〇〇-〇〇〇		
	被保険者名(扶養家族だった場合のみ)： 健保 一郎		
	旧住所(国民健康保険のみ)： 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
	「前歴」における傷病手当金の受給有無： 有 ・ 無		
└─▶ 「有」の場合は以下もご記入ください。			
傷病名：			
受給期間： 年 月 日～ 年 月 日			
医療機関名：			

【記入上の注意】

●「前歴」

- ワークスに入社される以前の勤務先、健康保険情報をご記入ください。
- 新卒入社などで前職がなく、ご家族の扶養家族として健康保険に加入されていた場合
→前歴欄に、被保険者であるご家族の当時の勤務先情報と健康保険情報をご記入ください。
(「被保険者名(扶養家族だった場合のみ)」には、そのご家族の氏名をご記入ください。)
- 国民健康保険に加入されていた場合
→「旧住所」の項目へ加入当時にお住いの住所を必ずご記入ください。

●「傷病手当金の受給」

該当する方を選択し、ご記入ください。

上記の内容に相違ありません。

被保険者氏名 健保 太郎

住 所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-2-3-301



取得した個人情報、保険給付金支給決定の目的以外には利用しません。