

関係機関に関する申告書

(複数ある場合は、直前①からさかのぼって②・③へと過去について和暦でご記入ください)

| | | |
|---|--|--|
| ワールドグループ以前の勤務先について (アルバイト含む) | ① | 会社名： (就労期間： 年 月 日から 年 月 日まで) 会社住所： 〒 ー ☎ () ー |
| | ② | 会社名： (就労期間： 年 月 日から 年 月 日まで) 会社住所： 〒 ー ☎ () ー |
| | ③ | 会社名： (就労期間： 年 月 日から 年 月 日まで) 会社住所： 〒 ー ☎ () ー |
| ※もしも、いままで一度も就労したことがない場合は、上の「①」の欄には「なし」と記入し、下の「①のとき」の欄に以前に加入していた医療保険についてご記入ください。 | | |
| 共済組合・国民健康保険等) 以前の加入医療保険(健康保険組合・国民健康保険等)について | ①のとき | 医療保険名： □被保険者・□家族として加入 (加入期間： 年 月 日から 年 月 日まで) 医療保険の所在地： 〒 ー ☎ () ー |
| | ②のとき | 医療保険名： □被保険者・□家族として加入 (加入期間： 年 月 日から 年 月 日まで) 医療保険の所在地： 〒 ー ☎ () ー |
| | ③のとき | 医療保険名： □被保険者・□家族として加入 (加入期間： 年 月 日から 年 月 日まで) 医療保険の所在地： 〒 ー ☎ () ー |
| 疾病の履歴について | <input type="checkbox"/> 今回申請の疾病に関して、過去に受診したことはない | |
| | <input type="checkbox"/> 過去にも受診していた (期間： 年 月頃から 年 月頃まで) 当時、受診していた医療機関名 ※複数記入 | |
| | <input type="checkbox"/> 今までに今回と同一の傷病で傷病手当金を受給したことはない <input type="checkbox"/> 今までに今回と同一傷病で傷病手当金を受給したことがある (期間： 年 月頃から 年 月頃まで) | |

以上、申告いたします。

令和 年 月 日

氏名

印