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：　〒　　－ ☎（　　）　　－
	②	会 社 名： （就労期間：　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで） 会社住所：　〒　　－ ☎（　　）　　－
	③	会 社 名： （就労期間：　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで） 会社住所：　〒　　－ ☎（　　）　　－

※もしも、今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。

以前加入していた医療保険（健康保険組合・共済組合・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：　〒　　－ ☎（　　）　　－
	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：　〒　　－ ☎（　　）　　－
	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：　〒　　－ ☎（　　）　　－

疾病の履歴について	□　今回申請の疾病に関して、過去に受診したことはない
	□　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
	□　今までに今回と同じ傷病で傷病手当金を受給したことはない □　今までに今回と同じ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（自筆）