

記入例

＜健康保険等の加入履歴・受給履歴状況回答書＞

- ・太枠内を記入し署名してください。
- ・三菱ケミカル健康保険組合加入前の健康保険組合等に問い合わせを行います。
過去3年間について記入してください。
- ・続紙を使用しても記入欄が足りない場合は、続紙をコピーして使用してください。
- ・協会けんぽに所属していた場合、照会の関係上、勤務先社名欄の記入が必須です。記入がない場合は、確認のため申請書記載の電話番号にご連絡いたします。
- ・記入漏れがありますと審査に追加の時間を要し、支給決定や支払いが遅れます。予めご了承ください。

以下相違ありません。

記入日・氏名をご記入ください。

2026 年 8 月 15 日 被保険者署名 健保 太郎

□ 三菱ケミカル健康保険組合加入1年以上経過（資格取得日 年 月 日）

1年以上経過している方へのご質問は以上になります。

1年未満の方は、以下の該当箇所に必要事項を記入してください。

前所属 健保組合名	1. () 健康保険組合 () 2. 全国健康保険協会（協会けんぽ） (東京) 3. 国民健康保険 () 4. その他 ()	1～4のうちあてはまるものに○をつけて、() に記入してください。 ※1・2の場合は支部名を記入
種別/記号・番号	被保険者・被扶養者 / 記号 (××××) 番号 (○○)	
前勤務先社名 所在地 電話番号	〒 () 正式名称・住所・電話番号（代表可）を記入してください。	
加入期間	2025 年 10 月 ○ 日～ 2026 年 6 月 ○ 日まで 上記期間中、傷病手当金を受給したことが ある ・ ない ※「ある」と答えた方は以下もご回答ください。	
申請病名	医師から診断された傷病名を記入してください。	
受給期間	2025 年 12 月 ○ 日～ 2026 年 6 月 ○ 日まで	
医療機関	〇〇クリニック	
前所属 健保組合名	1. () 健康保険組合 () 2. 全国健康保険協会（協会けんぽ） () 3. 国民健康保険 (大阪市国民健康保険) 4. その他 ()	1～4のうちあてはまるものに○をつけて、() に記入してください。 ※3の場合は市区町村名などを記入
種別/記号・番号	被保険者・被扶養者 / 記号 (××××) 番号 (○○)	
前勤務先社名 所在地 電話番号	〒 () 自営業の会社名称や、アルバイトの勤務先等を記入。無職の場合は「無職」と記入してください。	
加入期間	2025 年 4 月 ○ 日～ 2025 年 9 月 ○ 日まで	
申請病名	「国民健康保険の被保険者」または「ご家族の健康保険の被扶養者」の場合は、この項目は回答不要です。	
受給期間		
医療機関		