

関係機関に関する申告書 兼 同意書

最近加入された方は以前の保険者へ給付歴の有無について確認しております。
阪和興業健康保険組合に加入前3年間の健康保険をお教えてください。

会社名	株式会社 ○○○○○○
所在地	○○県○○○1-1
健康保険組合名	○○○○○○健康保険組合
所在地	○○県○○○1-1
電話番号	000-0000-0000
健康保険加入期間	平成○○年○月○日 ~ 平成○○年○月○○日

会社名	株式会社 ○○○○
所在地	○○県○○市○○○○2-3-4
健康保険組合名	○○健康保険協会○○支部
所在地	○○県○○市○○1-2-3
電話番号	000-0000-0000
健康保険加入期間	平成 ○年○月○日 ~ 平成○○年○月○○日

会社名	
所在地	
健康保険組合名	
所在地	
電話番号	
健康保険加入期間	年 月 日 ~ 年 月 日

阪和興業健康保険組合 御中

上記の保険者（健康保険）へ傷病手当金の給付歴について確認する事に同意します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日

氏 名 健保 太郎

