ウエスタンデジタルテクノロジーズ健康保険組合　理事長殿

同　意　書

私は傷病手当金支給申請に当たり、ウエスタンデジタルテクノロジーズ健康保険組合が支給決定するにあたっての審査のために、関係機関等への照会及びそれらの回答を得ることに同意いたします。

なお、本紙の写しも有効と認めます。

令和　　年　　月　　日

被保険者証等の　記号　　番号

氏名

生年月日　　年　　月　　日

住所

前所属健康保険等加入状況回答書

●太枠内に記入して下さい。

●所属していた健康保険組合等に問い合わせを行います。過去1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下さい。

●全国健康保険協会（協会けんぽ）に所属していた場合、照会の関係上、前勤務先社名・基礎年金番号の記入が必須です。
（記入がなかった場合は、確認のため連絡先電話番号に連絡します。あらかじめご了承ください）

氏　名	
生年月日	昭和 / 平成　　年　　月　　日
住　所	
日中連絡先	

◆該当箇所に必要事項を記入して下さい。

□　当健康保険組合加入1年以上経過済み（　資格取得　　年　　月　　日　）

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）【※前勤務先名、基礎年金番号記入必須】
	【　　】　　健康保険組合・支部
	3．国民健康保険　　4．その他（　　）
前勤務先社名	
A：基礎年金番号	
種別	被保険者　・　被扶養者
加入期間	年　月　日　～　年　月　日迄

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）【※前勤務先名、基礎年金番号記入必須】
	【　　】　　健康保険組合・支部
	3．国民健康保険　　4．その他（　　）
前勤務先社名	
A：基礎年金番号	
種別	被保険者　・　被扶養者
加入期間	年　月　日　～　年　月　日迄

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）【※前勤務先名、基礎年金番号記入必須】
	【　　】　　健康保険組合・支部
	3．国民健康保険　　4．その他（　　）
前勤務先社名	
A：基礎年金番号	
種別	被保険者　・　被扶養者
加入期間	年　月　日　～　年　月　日迄

続　紙

◆該当箇所に必要事項を記入して下さい。

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）【※前勤務先名、基礎年金番号記入必須】
	【　　】　　健康保険組合・支部
	3．国民健康保険　　4．その他（　　）
前勤務先社名	
A：基礎年金番号	
種別	被保険者　・　被扶養者
加入期間	年　月　日　～　年　月　日迄

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）【※前勤務先名、基礎年金番号記入必須】
	【　　】　　健康保険組合・支部
	3．国民健康保険　　4．その他（　　）
前勤務先社名	
A：基礎年金番号	
種別	被保険者　・　被扶養者
加入期間	年　月　日　～　年　月　日迄

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）【※前勤務先名、基礎年金番号記入必須】
	【　　】　　健康保険組合・支部
	3．国民健康保険　　4．その他（　　）
前勤務先社名	
A：基礎年金番号	
種別	被保険者　・　被扶養者
加入期間	年　月　日　～　年　月　日迄

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）【※前勤務先名、基礎年金番号記入必須】
	【　　】　　健康保険組合・支部
	3．国民健康保険　　4．その他（　　）
前勤務先社名	
A：基礎年金番号	
種別	被保険者　・　被扶養者
加入期間	年　月　日　～　年　月　日迄