

『職歴及び加入保険履歴報告書』

所属支社・課名	
被保険者の記号・番号	

会社名	保険者名称 (健康保険名称)	加入期間	健康保険の住所・ 電話番号	同一傷病の 傷病手当	備考
		平・令 年 月 日～ 平・令 年 月 日	電話: ()	<input type="checkbox"/> 受給有 <input type="checkbox"/> 受給無	
		平・令 年 月 日～ 平・令 年 月 日	電話: ()	<input type="checkbox"/> 受給有 <input type="checkbox"/> 受給無	
		平・令 年 月 日～ 平・令 年 月 日	電話: ()	<input type="checkbox"/> 受給有 <input type="checkbox"/> 受給無	
		平・令 年 月 日～ 平・令 年 月 日	電話: ()	<input type="checkbox"/> 受給有 <input type="checkbox"/> 受給無	
		平・令 年 月 日～ 平・令 年 月 日	電話: ()	<input type="checkbox"/> 受給有 <input type="checkbox"/> 受給無	

- * 太陽生命保険(株)に入社される前3年間の職歴と健康保険についてご記入下さい。
- * 国民健康保険に加入していた期間も含めてご記入下さい。
- * 職歴のない期間については、「備考」欄にその理由をご記入下さい。(例:専業主婦 等)

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

被保険者氏名

* 自署