太陽生命健康保険組合　行

『職歴及び健康保険加入履歴報告書』

所 属 支 社 ・ 課 名：

被保険者の記号・番号：

被 保 険 者 氏 名：

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	備　考
		平・令　年　月　日 ～ 平・令　年　月　日	電話:　(　)	
		平・令　年　月　日 ～ 平・令　年　月　日	電話:　(　)	
		平・令　年　月　日 ～ 平・令　年　月　日	電話:　(　)	
		平・令　年　月　日 ～ 平・令　年　月　日	電話:　(　)	
		平・令　年　月　日 ～ 平・令　年　月　日	電話:　(　)	

＊ 太陽生命保険(株)に入社される前5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　　印

＊自署