

前所属健康保険等加入状況 回答書
Health insurance enrollment history report

| | | | | |
|------------|---|----------------|------|------------------|
| 氏名 Name | アマゾン 太郎 | 連絡先 Contact | Tel | 999-9999-9999 |
| | | | mail | abcd@efg.hij.klm |
| | アマゾンジャパン健康保険組合に加入後3年以上経過している。 I have been with Health Insurance Association for Amazon Japan Employees for over 3 years. | | | |
| | アマゾンジャパン入社前は日本で働いていなかった。 Before joining Amazon Japan, I didn't work in japan. | | | |
| チェックcheck | (以上です。以下の項目に記入する必要はありません。That's it. You don't have to fill in the following items.) | | | |

アマゾンジャパン健康保険組合に加入後3年未満の方は以下に記入してください。

If you have been in Health Insurance Association for Amazon Japan Employees for less than 3 years, please fill in the following

*あなたが所属していた健康保険組合等に傷病手当金の支給状況を照会します。We will inquire about the payment status of benefits to the health insurance association, etc. to which you belonged in the past.

*過去3年間の健康保険等の加入履歴をお答えください。(用紙に書ききれないときは、この用紙をコピーしてください)

Please fill in the history of health insurance, etc. for the past 3 years. (If you cannot write on the paper, copy this paper)

*加入していた健康保険が「全国健康保険協会」(協会けんぽ)の場合、会社名及び基礎年金番号を記入してください。If your health insurance was "Japan Health Insurance Association", please enter the name of the company you worked for and your basic pension number.

注意 (Attention) 記入は、直近から過去にさかのぼってください。When filling out, please go back to the past from the latest.

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------|-----------|----|--|-----|----------|---|--|-----------|---|------------|----|----------|
| 1 | 加入期間 Subscription period | 2020 | 年 year | 10 | 月 month | 15 | 日 day | ~ | 2021 | 年 year | 1 | 月 month | 31 | 日 day |
| 2 | 加入していた健康保険Health insurance you had | | | | | | | | | | | | | |
| a | <input type="checkbox"/> 健康保険組合Health Insurance Association | | | | <input type="checkbox"/> 被保険者(本人) Insured | | | | <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族) Dependents | | | | | |
| | 組合の名称 Association Name | [] | | | 健康保険組合 Health Insurance Association | [] | | | 支部 Branch | [] | | | | |
| b | <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会健保) Japan Health Insurance Association | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 被保険者(本人) Insured | | | | <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族) Dependents | | | | | | | | | |
| | *所属支部(都道府県) Affiliation Prefecture | [] | | | | | | | | | | | | |
| | *協会けんぽの被保険者が勤務していた会社の名称 The name of the company the insured worked for | [] | | | | | | | | | | | | |
| | *基礎年金番号 Your basic pension number | [] | | | | | | | | | | | | |
| c | <input type="checkbox"/> 共済組合(公務員・教員) Mutual Aid Association (Civil servant, Teacher) | | | | | | | | | | | | | |
| d | <input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険National Health Insurance | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----------|-----------|---|--|--------|----------|---|--|-----------|----|------------|----|----------|
| 1 | 加入期間 Subscription period | 2020 | 年 year | 1 | 月 month | 1 | 日 day | ~ | 2020 | 年 year | 10 | 月 month | 14 | 日 day |
| 2 | 加入していた健康保険Health insurance you had | | | | | | | | | | | | | |
| a | <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険組合Health Insurance Association | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(本人) Insured | | | | <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族) Dependents | | | | | |
| | 組合の名称 Association Name | [●●●●] | | | 健康保険組合 Health Insurance Association | [▲▲] | | | 支部 Branch | [] | | | | |
| b | <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会健保) Japan Health Insurance Association | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 被保険者(本人) Insured | | | | <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族) Dependents | | | | | | | | | |
| | *所属支部(都道府県) Affiliation Prefecture | [] | | | | | | | | | | | | |
| | *協会けんぽの被保険者が勤務していた会社の名称 The name of the company the insured worked for | [] | | | | | | | | | | | | |
| | *基礎年金番号 Your basic pension number | [] | | | | | | | | | | | | |
| c | <input type="checkbox"/> 共済組合(公務員・教員) Mutual Aid Association (Civil servant, Teacher) | | | | | | | | | | | | | |
| d | <input type="checkbox"/> 国民健康保険National Health Insurance | | | | | | | | | | | | | |

前所属健康保険等加入状況 回答書
Health insurance enrollment history report

続紙

Continued paper

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|-----------|---|------------|--|----------|---|------|-----------|--------------|------------|----|----------|
| 1 | 加入期間 Subscription period | 2019 | 年 year | 9 | 月 month | 1 | 日 day | ～ | 2019 | 年 year | 12 | 月 month | 31 | 日 day |
| 2 | 加入していた健康保険Health insurance you had | | | | | | | | | | | | | |
| a | <input type="checkbox"/> 健康保険組合Health Insurance Association | <input type="checkbox"/> 被保険者（本人）Insured | | | | <input type="checkbox"/> 被扶養者（家族）Dependents | | | | | | | | |
| | 組合の名称 Association Name | 〔 〕 | | | | 健康保険組合 Health Insurance Association | 〔 〕 | | | | 支部 Branch | | | |
| b | <input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会（協会健保）Japan Health Insurance Association | <input type="checkbox"/> 被保険者（本人）Insured | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者（家族）Dependents | | | | | | | | |
| | * 所属支部（都道府県）Affiliation Prefecture 【 東京都 】 | | | | | | | | | | | | | |
| | * 協会けんぽの被保険者が勤務していた会社の名称 The name of the company the insured worked for 【 株式会社 ●●●● 】 | | | | | | | | | | | | | |
| | * 基礎年金番号 Your basic pension number 【 1234567890 】 | | | | | | | | | | | | | |
| c | <input type="checkbox"/> 共済組合（公務員・教員）Mutual Aid Association（Civil servant,Teacher） | | | | | | | | | | | | | |
| d | <input type="checkbox"/> 国民健康保険National Health Insurance | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|-----------|---|------------|---|----------|---|------|-----------|--------------|------------|----|----------|
| 1 | 加入期間 Subscription period | 2017 | 年 year | 4 | 月 month | 1 | 日 day | ～ | 2019 | 年 year | 8 | 月 month | 31 | 日 day |
| 2 | 加入していた健康保険Health insurance you had | | | | | | | | | | | | | |
| a | <input type="checkbox"/> 健康保険組合Health Insurance Association | <input type="checkbox"/> 被保険者（本人）Insured | | | | <input type="checkbox"/> 被扶養者（家族）Dependents | | | | | | | | |
| | 組合の名称 Association Name | 〔 〕 | | | | 健康保険組合 Health Insurance Association | 〔 〕 | | | | 支部 Branch | | | |
| b | <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（協会健保）Japan Health Insurance Association | <input type="checkbox"/> 被保険者（本人）Insured | | | | <input type="checkbox"/> 被扶養者（家族）Dependents | | | | | | | | |
| | * 所属支部（都道府県）Affiliation Prefecture 【 〕 | | | | | | | | | | | | | |
| | * 協会けんぽの被保険者が勤務していた会社の名称 The name of the company the insured worked for 【 〕 | | | | | | | | | | | | | |
| | * 基礎年金番号 Your basic pension number 【 〕 | | | | | | | | | | | | | |
| c | <input checked="" type="checkbox"/> 共済組合（公務員・教員）Mutual Aid Association（Civil servant,Teacher） | | | | | | | | | | | | | |
| d | <input type="checkbox"/> 国民健康保険National Health Insurance | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|-----------|--|------------|---|----------|---|--|-----------|--------------|------------|--|----------|
| 1 | 加入期間 Subscription period | | 年 year | | 月 month | | 日 day | ～ | | 年 year | | 月 month | | 日 day |
| 2 | 加入していた健康保険Health insurance you had | | | | | | | | | | | | | |
| a | <input type="checkbox"/> 健康保険組合Health Insurance Association | <input type="checkbox"/> 被保険者（本人）Insured | | | | <input type="checkbox"/> 被扶養者（家族）Dependents | | | | | | | | |
| | 組合の名称 Association Name | 〔 〕 | | | | 健康保険組合 Health Insurance Association | 〔 〕 | | | | 支部 Branch | | | |
| b | <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（協会健保）Japan Health Insurance Association | <input type="checkbox"/> 被保険者（本人）Insured | | | | <input type="checkbox"/> 被扶養者（家族）Dependents | | | | | | | | |
| | * 所属支部（都道府県）Affiliation Prefecture 【 〕 | | | | | | | | | | | | | |
| | * 協会けんぽの被保険者が勤務していた会社の名称 The name of the company the insured worked for 【 〕 | | | | | | | | | | | | | |
| | * 基礎年金番号 Your basic pension number 【 〕 | | | | | | | | | | | | | |
| c | <input type="checkbox"/> 共済組合（公務員・教員）Mutual Aid Association（Civil servant,Teacher） | | | | | | | | | | | | | |
| d | <input type="checkbox"/> 国民健康保険National Health Insurance | | | | | | | | | | | | | |