

健康保険資格取得・喪失日および給付金受給状況確認書

ユアサ健康保険組合の被保険者資格取得後、3年以内に初めて傷病手当金を申請される方は、傷病手当金初回申請時に本書の提出が必要です。

※被保険者のみではなく、被扶養者として加入していた期間も記入してください。
 ※記入欄が足りない場合は別紙に記入してください。

被保険者 記号-番号		-		申請者氏名			
事業所名 (会社名)						ユアサ健康保 険資格取得日	令和 年 月 日

①	事業所名 (会社名)					社会保険 名		
	在籍期間 (加入期間)	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	受給歴	☐ 無 ・ ☐ 有		
	受給期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	受給対象 疾病名			

②	事業所名 (会社名)					社会保険 名		
	在籍期間 (加入期間)	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	受給歴	☐ 無 ・ ☐ 有		
	受給期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	受給対象 疾病名			

③	事業所名 (会社名)					社会保険 名		
	在籍期間 (加入期間)	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	受給歴	☐ 無 ・ ☐ 有		
	受給期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	受給対象 疾病名			

④	事業所名 (会社名)					社会保険 名		
	在籍期間 (加入期間)	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	受給歴	☐ 無 ・ ☐ 有		
	受給期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	受給対象 疾病名			

ユアサ健康保険組合理事長 殿
 上記のとおり相違ありません。

 令和 年 月 日

 住所 〒
 申請者
 氏 名
 TEL

印