R6改定

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。

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	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	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	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	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