

証明書作成のお願い

ユアサ健康保険組合
東京都千代田区神田美土代町7
神田第二中央ビル 4F
TEL 03-6369-1770

・対象者の方へ

下記、(1)と(2)両方に該当する場合は、傷病手当金初回申請時に本証明書が必要です。

- (1)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
(2)過去3年以内にユアサ健康保険組合以外の社会保険等に被保険者として加入していた方

下記の①～③に記入のうえ、過去3年間に加入していた健康保険組合等(または会社)に、下記事項(④～⑪)について証明を依頼してください。

《対象健康保険組合 様 または 対象事業所 様》

本証明書は、ユアサ健康保険組合から現所属事業所経由で対象者へ依頼し、対象者が貴組合(または貴事業所)へ直接証明を依頼しているものです。

お手数ではございますが、下記事項(④～⑪)について証明いただきますようお願い申し上げます。

- ・本証明書に記載された事項は傷病手当金の受給資格審査のみに利用し、その他の目的では使用いたしません。

以上

健康保険資格取得・喪失日および給付金受給状況証明書

①	フリガナ		②	生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日				
	対象者氏名											
③	対象者住所	〒 TEL										
④	勤務先名称 および 所在地	〒 TEL										
		〒 TEL										
⑤	健康保険組合 等名称 および 所在地	〒 TEL										
		〒 TEL										
⑥	資格 取得日	昭和 平成 令和	年	月	日	⑦	資格 喪失日	令和	年	月	日	
⑧	記号・番号		⑨	職種								
⑩	傷病手当金 の 受給歴	<input type="checkbox"/> 無										
		<input type="checkbox"/> 有 →	1	対象疾病名								
			受給期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
			2	対象疾病名								
受給期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日			
3	対象疾病名											
受給期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日			
⑪	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 所在地 〒 名称 代表者氏名											