

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日から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。

※ユアサ健康保険組合に加入後の受給状況は記入不要です。

※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
	受給期間	令和	年 月 日	～	令和	年 月 日
				受給歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	
				受給対象 傷病名		
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
	受給期間	令和	年 月 日	～	令和	年 月 日
				受給歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	
				受給対象 傷病名		
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
	受給期間	令和	年 月 日	～	令和	年 月 日
				受給歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	
				受給対象 傷病名		
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
	受給期間	令和	年 月 日	～	令和	年 月 日
				受給歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	
				受給対象 傷病名		
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 〒</p> <p>申請者 氏名</p> <p>TEL</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>						