

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	XXXX - XXXX	申請者氏名	OO OO	
事業所名 (会社名)	OOO株式会社		ユアサ健康保険資格取得日	令和 X年 XX月 XX日
①	事業所名 (会社名)	株式会社△△△	社会保険名	△△△健康保険組合
	在籍期間 (加入期間)	令和 X年 XX月 XX日 ~ 令和 X年 XX月 XX日		受給歴 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
	受給期間	令和 X年 XX月 XX日 ~ 令和 X年 XX月 XX日		受給対象 疾病名 OO骨折
②	事業所名 (会社名)	◎◎◎株式会社	社会保険名	全国健康保険協会 ◎◎支部
	在籍期間 (加入期間)	令和 X年 XX月 XX日 ~ 令和 X年 XX月 XX日		受給歴 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
	受給期間	令和 X年 XX月 XX日 ~ 令和 X年 XX月 XX日		受給対象 疾病名 OO病
③	事業所名 (会社名)	被扶養者(家族)として加入	社会保険名	国民健康保険
	在籍期間 (加入期間)	令和 X年 XX月 XX日 ~ 令和 X年 XX月 XX日		受給歴 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 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 X年 XX月 XX日

住所 〒XXXX-XXXX
OOO県OO市OO XX-X
申請者氏名 OO OO
TEL XX-XXXX-XXXX

