

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	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-xxx-xxxx

