

状況照会書

※以前に加入していた健康保険で傷病手当金を受給したことが無い方は、提出を省略可能です。

記号 - 番号		被保険者 氏名(自著)	
被保険者住所	〒 _____ TEL _____ (_____)		
令和2年7月2日以降に傷病手当金を受給した健康保険組合等の情報をご記入ください。			
※ただし、YG健康保険組合加入後は記入不要です。			
履歴 ①	保険者(健康保険組合等) の名称		
	保険証の記号番号		
	加入区分	本人 <input type="checkbox"/>	被扶養者 <input type="checkbox"/> (被扶養者だった場合、以下記入不要です。)
	勤務先の名称		
履歴 ②	保険者(健康保険組合等) の名称		
	保険証の記号番号		
	加入区分	本人 <input type="checkbox"/>	被扶養者 <input type="checkbox"/> (被扶養者だった場合、以下記入不要です。)
	勤務先の名称		
履歴 ③	保険者(健康保険組合等) の名称		
	保険証の記号番号		
	加入区分	本人 <input type="checkbox"/>	被扶養者 <input type="checkbox"/> (被扶養者だった場合、以下記入不要です。)
	勤務先の名称		
履歴 ④	保険者(健康保険組合等) の名称		
	保険証の記号番号		
	加入区分	本人 <input type="checkbox"/>	被扶養者 <input type="checkbox"/> (被扶養者だった場合、以下記入不要です。)
	勤務先の名称		

上記のとおり、相違ありません。

被保険者氏名(自著) _____

※取得した個人情報、保険給付金支給決定の目的以外には利用いたしません。

※必要に応じ、上記の記載項目以外にも確認をお願いする場合があります。