

平成 年 月 日

オリンパス健康保険組合 宛

保険者名

確 認 書

記号・番号
被保険者氏名
生 年 月 日

過去の給付記録について下記の通り回答します。

1. 以前加入していた健康保険組合等

2. 資格関係

資格取得年月日 平成 年 月 日

資格喪失年月日 平成 年 月 日

3. 「傷病手当金」の支給状況

(有 ・ 無)

※ 有の場合

・ 支給期間 平成 年 月 日 から
平成 年 月 日 まで

・ 傷病名

4. その他連絡事項