

被保険者等	記号	××××	番号	×××
氏名	(フリガナ)	ケンポ タロウ		生年月日
		健保 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ××年×月××日

傷病手当金(出産手当金)の申請期間の初日の属する月を含む12か月の間に、勤務先に変更があった場合は、各勤務先の名称、住所及び使用されていた期間をご記入下さい。ただし、勤務先が変わったことに伴い、保険者(全国健康保険協会又は健康保険組合のことを言います。)も変わった場合は除きます。

①	会社名	(フリガナ)	カブシキガイシャ	
			株式会社	
	所在地	〒×××-××××	都・道 府・県	区 ×-××-×
	使用されていた期間	平成 ・令和 ××年×月×日～ 平成 ・令和 ××年×月××日		

②	会社名	(フリガナ)	カブシキガイシャ	
			株式会社	
	所在地	〒×××-××××	都・道 府・県	市 ××-××-×
	使用されていた期間	平成 ・令和 ××年×月×日～平成・ 令和 ××年×月××日		

③	会社名	(フリガナ)		
	所在地	〒 -	都・道 府・県	
	使用されていた期間	平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日		

傷病手当金(出産手当金)の申請期間の初日の属する月を含む12か月の間に、加入していた健康保険組合に合併、分割又は解散が生じた場合は、各健康保険組合の名称及びその加入期間をご記入下さい。

①	健康保険組合の名称				
	加入期間	平成・令和	年	月	日～平成・令和 年 月 日

②	健康保険組合の名称				
	加入期間	平成・令和	年	月	日～平成・令和 年 月 日