【別　添】

被保険者等	記号		番号	

氏名	（フリガナ）	生年月日
		□ 昭和 □ 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）
	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

②	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

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