

被保険者等	記号	××××	番号	×××
氏名	(フリガナ)	ケンボ 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××年×月×日 ~ 平成××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××年×月×日 ~ 平成××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 年 月 日 ~ 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、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	年	月	日 ~ 平成 年 月 日

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