

健康保険 傷病手当金・出産手当金に係わる勤務先等変更届出書

届出： 令和 年 月 日

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ください。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	〒 ー
	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	〒 ー
	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ください。

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

被保険者 確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
---------------------	--------------------------	---

健 保 組 合	伺			決定年月日			入力
	常務理事	事務長	担当	年	月	日	

受付印