

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【記入例】

届出 : 令和 ○○年 ○○月 ○○日

被保険者等	記号	20	番号	555555
氏名	(フリガナ)	ケンコウ タロウ		生年月日
		健康 太郎		昭和 平成 50年 10月 15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 ケンコウ 株式会社 健康
	所在地	〒 123 - 4567 広島市○○区○○町○○-○○
	使用されていた期間	平成 ○○年 ○○月 ○○日 ~ 令和 ○○年 ○○月 ○○日
②	会社名	(フリガナ)
	所在地	〒 -
	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

被保険者 確認欄	<input checked="" 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		決定年月日	入力
被保険者が必ずご記入ください。 記入漏れの場合は、返却させていただきます。			

受付印