

傷病手当金(出産手当金)受給に係る適用事業所変更届

被保険者証	記号		番号	
氏名	(フリガナ)			
		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	年	月 日	～ 平成 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	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