【別添】

船員保険　被保険者証	記号		番号	

氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	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までの12か月間に、勤務先が変更した場合（船員保険被保険者証が変更した場合）、または退職後に疾病任意継続被保険者になった場合は、下記の表にご記入ください。ただし、全国健康保険協会船員保険部に加入していた場合に限ります。

①	船舶所有者名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）
	所在地 （疾病任意継続被保険者の場合はお住いの住所）	〒　　－　　都・道 府・県
	使用されていた期間 （疾病任意継続被保険者の場合は加入していた期間）	平成・令和　　年　　月　　日　～　平成・令和　　年　　月　　日

②	船舶所有者名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）
	所在地 （疾病任意継続被保険者の場合はお住いの住所）	〒　　－　　都・道 府・県
	使用されていた期間 （疾病任意継続被保険者の場合は加入していた期間）	平成・令和　　年　　月　　日　～　平成・令和　　年　　月　　日

③	船舶所有者名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）
	所在地 （疾病任意継続被保険者の場合はお住いの住所）	〒　　－　　都・道 府・県
	使用されていた期間 （疾病任意継続被保険者の場合は加入していた期間）	平成・令和　　年　　月　　日　～　平成・令和　　年　　月　　日