

被保険者証	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までの12か月間に、勤務先が変更した場合もしくは、定年再雇用等で被保険者証の番号が変更した場合、または退職後に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、全国健康保険協会に加入していた場合に限りです。

①	会社名(任意継続被保険者の場合は加入支部名称)	(フリガナ)
	所在地(任意継続被保険者の場合はお住まいの住所)	〒 - 都・道 府・県
	使用されていた(加入していた)期間	年 月 日 ~ 年 月 日

②	会社名(任意継続被保険者の場合は加入支部名称)	(フリガナ)
	所在地(任意継続被保険者の場合はお住まいの住所)	〒 - 都・道 府・県
	使用されていた(加入していた)期間	年 月 日 ~ 年 月 日

③	会社名(任意継続被保険者の場合は加入支部名称)	(フリガナ)
	所在地(任意継続被保険者の場合はお住まいの住所)	〒 - 都・道 府・県
	使用されていた(加入していた)期間	年 月 日 ~ 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か月間に加入していた健康保険組合が解散し、全国健康保険協会に加入した場合は、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	年 月 日 ~ 年 月 日