

## 勤務先等変更届

|       |        |  |          |       |
|-------|--------|--|----------|-------|
| 被保険者証 | 記号     |  | 番号       |       |
| 氏名    | (フリガナ) |  | 生年月日     |       |
|       |        |  | 昭和<br>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<br>府・県 |   |   |    |   |   |
|   | 使用されていた期間 | 平成     | 年 | 月          | 日 | ～ | 平成 | 年 | 月 |

|   |           |        |   |            |   |   |    |   |   |
|---|-----------|--------|---|------------|---|---|----|---|---|
| ② | 会社名       | (フリガナ) |   |            |   |   |    |   |   |
|   | 所在地       | 〒      | — | 都・道<br>府・県 |   |   |    |   |   |
|   | 使用されていた期間 | 平成     | 年 | 月          | 日 | ～ | 平成 | 年 | 月 |

|   |           |        |   |            |   |   |    |   |   |
|---|-----------|--------|---|------------|---|---|----|---|---|
| ③ | 会社名       | (フリガナ) |   |            |   |   |    |   |   |
|   | 所在地       | 〒      | — | 都・道<br>府・県 |   |   |    |   |   |
|   | 使用されていた期間 | 平成     | 年 | 月          | 日 | ～ | 平成 | 年 | 月 |

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<br>名称 |    |   |   |   |   |    |   |   |
|   | 加入期間          | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 平成 | 年 | 月 |

|   |               |    |   |   |   |   |    |   |   |
|---|---------------|----|---|---|---|---|----|---|---|
| ② | 健康保険組合の<br>名称 |    |   |   |   |   |    |   |   |
|   | 加入期間          | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 平成 | 年 | 月 |