

※傷病手当金及び出産手当金にかかる添付書類について

添付書類は次の場合のみ必要となりますので、ご注意ください。

「支給開始日の属する月以前の直近の継続した12月以内に、同一の保険者内における適用事業所の変更または健康保険組合の合併・分割・解散があった場合」は、これらの事象が発生する前の標準報酬月額も算定の対象となることから、この様式を添付してください。

なお、同一傷病にかかる2回目以降の支給申請についての添付は不要です。

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

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