被保険者証	記号	番号				
	(フリカ゛ナ)			生年月	日	
氏名	,,,,,,		昭和 平成	年	月	B

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ます。

	会社名(任意継続 被保険者の場合は 加入支部名称)	(フリカ゛ナ)								
1	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
	人山 5 / 17 立 / 14 / 1	(フリカ゛ナ)								1
	<u>会社名</u> (任意継続 被保険者の場合は	(7737)								
	加入支部名称)									
		- -					都∙道			
2	所在地(任意継続 被保険者の場合は	_					府∙県			
)	お住まいの住所)									
	使用されていた(加									
	入していた) 期間		年	月	日	~		年	月	日
	MIHI									
	会社名(任意継続	(フリカ゛ナ)								
	被保険者の場合は									
	加入支部名称)									
	正大地 / // 辛州生	〒 -					都•道			
3	所在地(任意継続 被保険者の場合は						府∙県			
_	お住まいの住所)									
	使用されていた(加									
	入していた)		年	月	日	~		年	月	日
	期間									

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	f	F 月	日	~	至	Ę ,	F E	3