適用事業所等の異動状況確認書

被保険者	記号		番号	

氏名	（フリガナ）	生 年 月 日
		昭和・平成　　年　　月　　日

◆ 当健保組合加入中の転籍など、事業主異動の有無について

※ 転籍など事業主の異動について、該当する方を〇で囲んでください

転籍など事業主の異動 （ 有 ・ 無 ）

※ 上記設問で［有］にチェックされた方は、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 か月の間の各勤務先の名称、住所及び使用されていた期間を記入下さい。
注）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 令和　　年　月　日　～　平成 令和　　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 令和　　年　月　日　～　平成 令和　　年　月　日

◆ その他

（前に加入していた健保組合に合併、分割、解散があった場合のみ記入）

※ 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であって、当健康保険組合が権利義務を継承している場合、前に加入していた各健康保険組合の名称及びその加入期間を記入下さい。

①	健康保険組合の名称	
	加入期間	平成 令和　　年　月　日　～　平成 令和　　年　月　日

②	健康保険組合の名称	
	加入期間	平成 令和　　年　月　日　～　平成 令和　　年　月　日