

## 健康保険 資格喪失後出産育児一時金証明依頼書

申請者記入用

被保険者情報	健康保険の (右づめ)	記号 □ □ □ □ □ □	番号 □ □ □ □ □ □ □ □	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 □ □ □ □ □ □ □ □
	氏名	(フリガナ) _____		
	住所	(〒 _____ ) (都 道 府 県)		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( _____ )		
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )				

申請内容	資格喪失者氏名	(フリガナ) _____			性別	女
	保険者名(健保組合)	_____				
	資格取得年月日 (入社した日)	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	事業所名称	_____	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	出産予定日(出産日)	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	<input type="checkbox"/> 0. 出産予定 <input type="checkbox"/> 1. 出産			

該当時のみ記入	1 保険者名称(保険者番号)	健康保険の記号・番号	事業所名称	資格取得年月日	資格喪失年月日
	_____	_____	_____	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	_____	_____	_____	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	_____	_____	_____	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	_____	_____	_____	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	_____	_____	_____	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	2 変更前の氏名	(フリガナ) _____		変更後の氏名	(フリガナ) _____ 【令和 _____ 年 _____ 月 変更】

常務理事	事務長	担当
_____	_____	_____

受付日付印