

## 健康保険被保険者資格喪失等証明書交付申請書

<b>①</b> 必ず記入する欄	資格喪失者氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ			性別	女
		健保 花子				
	保険者名称	全国健康保険協会 東京支部	被保険者証の記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8 - 5 0		
	事業所名称	(有) 健康商事	生年月日	昭和・平成	5 3 年	8 月 2 日
	資格取得年月日 (入社した日)	平成 2 1 年 5 月 1 日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 2 1 年 8 月 2 8 日		
出産予定日(出産日)		平成 2 1 年 1 1 月 2 6 日 (出産予定) ・ 出産				

この加入者の場合は、①欄に記入した(有)健康商事における健康保険の加入期間が1年間未満であるため、平成21年4月30日以前の健康保険の加入記録を②に記入(平成21年8月27日以前1年間。ただし、①に記入した加入記録を除く。)します。

<b>②</b> 該当時のみ記入する欄	保険者名称(保険者番号)	被保険者証の記号・番号	事業所名称	資格取得年月日	資格喪失年月日
	全国健康保険協会埼玉支部 ( 0 1 1 1 0 1 1 4 )	0 3 9 8 7 6 5 4 - 2 2	(株) けんぼ	平成 2 0 年 1 1 月 5 日	平成 2 1 年 5 月 1 日
	〇〇健康保険組合 ( 0 6 1 2 3 4 5 6 )	1 2 3 - 1 1 1	(株) 全健物産	平成 2 0 年 4 月 1 日	平成 2 0 年 1 1 月 5 日
	( )			平成 年 月 日	平成 年 月 日
	( )			平成 年 月 日	平成 年 月 日
	( )			平成 年 月 日	平成 年 月 日

①、②において記入した加入期間中もしくは当該申請時までにおいて氏名の変更をされている方のみ記入してください。

<b>③</b> 該当時のみ記入する欄	変更前の氏名(フリガナ)	キョウカイ ハナコ 協会 花子
	変更後の氏名(フリガナ)【平成 2 0 年 1 2 月変更】	ケンボ ハナコ 健保 花子

出産育児一時金医療機関等への直接支払制度の手続きに必要なため、被保険者資格喪失等証明書の交付を申請します。平成 2 1 年 1 0 月 1 5 日

申請者(資格喪失者)氏名: 健保 花子 健保

申請者(資格喪失者)住所(フリガナ): 〒 1 2 3 - 4 5 6 7 トウキョウト ミナトク〇〇1-1 △△マンション501  
東京都港区〇〇1-1 △△マンション501

社会保険労務士の提出代行者印		Ⓜ
----------------	--	---

※裏面の留意事項をお読みのうえ、ご記入ください。

受付日付印