

船員保険被保険者資格喪失等証明書交付申請書

| | | | | |
|--------------|--------------------------|-----------------------|---------------------|-------------|
| ① 必ず記入する欄 | 資格喪失者氏名 | (フリガナ) | 性別 | 女 |
| | 保険者名称 | 全国健康保険協会 船員保険部 | 被保険者証の記号番号 | |
| | 船舶所有者名称 | | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| | 資格取得年月日 (船員として使用された日) | 平成 令和 年 月 日 | 資格喪失年月日 (退職日の翌日) | 平成 令和 年 月 日 |
| | 出産予定日 (出産日) | 平成 令和 年 月 日 出産予定 ・ 出産 | | |

| ② 該当のみ記入する欄 | 保険者名称 (保険者番号) | 被保険者証の記号・番号 | 船舶所有者名称 | 資格取得年月日 | 資格喪失年月日 |
|----------------|---------------|-------------|---------|-------------|-------------|
| | () | | | 平成 令和 年 月 日 | 平成 令和 年 月 日 |
| | () | | | 平成 令和 年 月 日 | 平成 令和 年 月 日 |
| | () | | | 平成 令和 年 月 日 | 平成 令和 年 月 日 |
| | () | | | 平成 令和 年 月 日 | 平成 令和 年 月 日 |

| | |
|----------------|-----------------------------|
| ③ 該当のみ記入する欄 | 変更前の氏名 (フリガナ) |
| | 変更後の氏名 (フリガナ) 【平成 令和 年 月変更】 |

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。
令和 年 月 日

申請者 (資格喪失者) 氏名 _____ ㊟

(フリガナ)

申請者 (資格喪失者) 住所: 〒 _____

| | |
|--------------------|---------|
| 社会保険労務士の 提出代行者印 | _____ ㊟ |
|--------------------|---------|

受付日印

※裏面の留意事項をお読みのうえ、ご記入ください。