

健康保険 被保険者 出産育児一時金にかかる 資格喪失等証明書 交付申請書

申請者記入用



記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」をご確認ください。

① 被保険者情報	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日	年	月	日	
	記号・番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>
	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	左上の「記号・番号」欄へ記入した場合は、個人番号(マイナンバー)は記入しないでください。記入された場合は、本人確認等の添付が必要です。		
	氏名	(フリガナ)					
住所	(〒 -)	都 道 府 県					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						

② 申請内容	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	支部	事業所名称		
	資格取得年月日 (入社した日)	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和		
	出産予定日(出産日)	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 0. 出産予定 <input type="checkbox"/> 1. 出産			

③ 該当時のみ記入	③-1 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
	()			<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	令和 年 月 日
	()			<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	令和 年 月 日
	()			<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	令和 年 月 日
	()			<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	令和 年 月 日
	()			<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	令和 年 月 日
③-2 変更前の氏名	(フリガナ)	変更後の氏名	(フリガナ)	【 <input type="checkbox"/> 平成 年 月変更 <input type="checkbox"/> 令和	

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

様式番号

協会使用欄

7 1 1 1 1 1