

健康保険 被保険者 資格喪失等証明書 交付申請書 記入の手引き

資格喪失後の出産育児一時金を、直接支払制度を利用して受ける際に、医療機関等との手続きが必要となる「資格喪失等証明書」を交付します。

**申請書は1枚です。
漏れなく正確にご記入ください。**

こんなときにご提出ください。

この申請書は、資格喪失後の出産育児一時金の支給を直接支払制度を利用して受ける場合、医療機関等との手続きの際に提示が必要となる「資格喪失等証明書」の交付を受けるための申請書です。

証明書の交付を受けることができる方は以下のいずれにもあてはまる方です。

- 1 健康保険の資格を喪失する日の前日までに継続して1年以上健康保険の被保険者であった方
- 2 出産予定日(出産日)が、資格喪失の日から6か月以内である方

添付書類をご用意ください。

最後に加入した健康保険の被保険者期間(資格取得年月日から資格喪失年月日の前日まで)が1年未満の場合、過去1年間に加入した健康保険のうち健康保険組合の加入記録が確認できる資格喪失証明書等(保険者が発行したもの)

※過去1年間の健康保険のうち、協会けんぽの加入記録の証明書は不要です。

資格喪失後の出産育児一時金

健康保険の資格を喪失する日の前日までに継続して1年以上(※)被保険者であった人が資格喪失の日後、6か月以内に出産をしたときは、最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。(資格喪失後、健康保険組合や共済組合等の被扶養者になっている場合、市区町村等の国民健康保険に加入の場合に限ります)

この場合、現在加入の保険者か、資格を喪失した際に加入していた保険者のどちらか一方から、出産育児一時金の支給を受けることとなります。支給される金額等をご確認のうえ、どちらから支給を受けるかをご選択ください。

資格を喪失した際に加入していた保険者(協会けんぽ)からの支給を選択し、かつ、医療機関等への直接支払制度をご利用する場合、この申請書をご提出いただくこととなります。

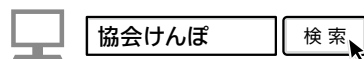
※継続して1年以上 とは

資格喪失日(任意継続被保険者の資格を喪失した方は、その資格を取得した日)の前日までに継続して1年以上(任意継続被保険者や共済組合の組合員であった期間は除き、健康保険組合の被保険者であった期間は含みます)

次ページに記入例があります。➔

ご提出・お問い合わせ先

最後に加入していた協会けんぽ都道府県支部に郵便でご送付ください。(窓口でも受付けます)
*各支部の所在地・電話番号などは、協会けんぽホームページをご覧ください。



ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。

△△△△ 協会
TEL 03(XXXX)XXXX

健康保険 被保険者 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、「健康保険 被保険者 資格喪失等証明書 交付申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

1 被保険者情報

| | | | | | |
|-------------------------------|----|--|----|----|---|
| 記号 | 番号 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 21700023 | 21 | 6 | 11 | 02 | 2 |
| 被保険者証の(左づめ) | | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | | |
| (フリガナ) キョウカイ ハナコ | | 氏名・印 協会 花子 | | | |
| 住所 (〒144-0053) 東京 大田区△△ 1-2-3 | | 電話番号 (日中の連絡先) TEL 03 (XXXX)XXXX | | | |

2 申請内容

| | | | |
|-----------------|---|---|--|
| 資格喪失者氏名 | 協会 花子 | 性別 | 女 |
| 保険者名称 | 全国健康保険協会 東京 支部 | 事業所名称 | 〇〇株式会社 |
| 資格取得年月日 (入社した日) | <input checked="" type="checkbox"/> 平成 1年5月1日 | 資格喪失年月日 (退職日の翌日) | <input checked="" type="checkbox"/> 平成 1年8月26日 |
| 出産予定日(出産日) | <input checked="" type="checkbox"/> 平成 1年11月26日 | <input type="checkbox"/> 0. 出産予定 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 出産 | |

3 該当時のみ記入

| ①-1 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 (01110114) | 03987654-22 | (株)けんぼ | <input checked="" type="checkbox"/> 平成 30年11月5日 | <input type="checkbox"/> 平成 1年5月1日 |
| 〇〇健康保険組合 (06123456) | 123-11 | (株)金健物産 | <input checked="" type="checkbox"/> 平成 30年4月1日 | <input checked="" type="checkbox"/> 平成 30年11月5日 |
| () | | | <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 |
| () | | | <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 |
| () | | | <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 |

①-2 変更前の氏名 (フリガナ) ケンボ ハナコ **健保 花子** 変更後の氏名 (フリガナ) キョウカイ ハナコ **協会 花子** 平成 30年12月変更

社会保険労務士の提出代行者記載欄 (2019.5)

提出代行者名記載欄 (印)

受付日付印

様式番号

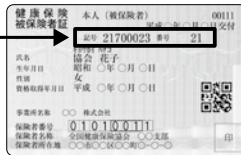
協会使用欄

全国健康保険協会 協会けんぽ

(1/1)

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

1 記号・番号は、在職時の保険証に記載されています。また、協会けんぽ都道府県支部からお送りしております各種通知書等に記載しておりますので、そちらからも確認できます。



2 加入した最後の健康保険の加入期間が1年未満である方のみ、過去1年間に加入した健康保険(健康保険組合、協会けんぽ)の加入期間を直近のものから順にご記入ください。

3 申請書にご記入いただい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ご記入ください。