

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	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table>	<input type="checkbox"/> 昭和	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table>	<input type="checkbox"/> 平成	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table>	<input type="checkbox"/> 令和
	個人番号 (マイナンバー)	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table>	記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。)			
	氏名	(フリガナ)						
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒)			都	道	府	県
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 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	出産予定日(出産日)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<table border="1" style="width: 10px; height: 15px;"></table>	0. 出産予定 1. 出産				

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 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	令和	年	月	日
	()			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	令和	年	月	日
	()			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	令和	年	月	日
	()			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	令和	年	月	日
	()			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	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 <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

(2025.10)

様式番号
7 1 1 1 1 1 1

協会使用欄



全国健康保険協会
協会けんぽ

1 / 1