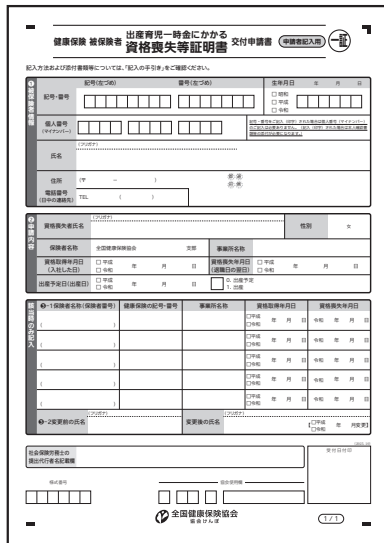


# 健康保険 被保険者 出産育児一時金にかかる 資格喪失等証明書 交付申請書 記入の手引き

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で必要となる「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。



被保険者ご自身が記入してください。

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日の後、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。

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

資格喪失日の前日(退職日)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提出ください。(窓口でも受け付けます)

\*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。



協会けんぽ

検索

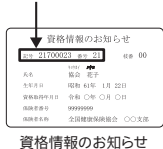
# 記入例

## 出産育児一時金にかかる 資格喪失等証明書 交付申請書

訂正される場合は、訂正箇所を読み取りができないように塗り潰し、欄外に正しい内容をご記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

- 1 記号番号は在職時の資格情報のお知らせ等に記載されています。  
※枝番は記入不要です。



- 2 被保険者のマイナンバーは、①の記号と番号が不明の場合のみご記入ください。  
被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。

⑦①の両方を本人確認書類貼付台紙（※）に、貼付のうえ、申請書に添付してください。

- ⑦ 身元確認を行うための書類（いずれか1点）  
・被保険者の個人番号カード（表面）のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

- ① 番号確認を行うための書類（いずれか1点）  
・被保険者の個人番号カード（裏面）のコピー、被保険者のマイナンバーが記載された住民票が住民票記載事項証明書

（※）協会けんぽのホームページでダウンロードすることができます。

なお、代理人（被保険者より委任状等を受け取っている方や法定代理人）が申請される場合は、代理権の確認、代理人の身元確認が必要になります。詳しくは、協会けんぽのホームページをご確認ください。

上記、添付書類は行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等に定められています。

## 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	1 記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日	年	月	日
記号・番号	21700023	21	昭和	61	10	22
個人番号 (マイナンバー)	21700023-21-22					
氏名	(フリガナ) キョウカイ ハナコ 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	(フリガナ) キョウカイ ハナコ 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 6年 7月 1日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 6年 10月 26日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和
出産予定日(出産日)	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 7年 1月 26日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	0. 出産予定 1. 出産	

③ 該当時のみ記入	⑧-1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
	全国健康保険協会埼玉支部 (01110114)	03987654-22	(株)けんぽ	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 6年 2月 1日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	令和 6年 7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 5年 4月 1日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	令和 6年 2月 1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

④ ⑧-2変更前の氏名	(フリガナ) ケンポ 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 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 6年 2月 変更 <input checked="" type="checkbox"/> 令和
-------------	-------------------------	--------	--

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	様式番号 711111	協会使用欄	受付日付印 (2025.10)
-----------------------	----------------	-------	--------------------

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)

- 3 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。

- 4 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。