

健康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	支部	被保険者証の記号・番号		
	事業所名称				生年月日	昭和・平成 年 月 日
	資格取得年月日 (入社した日)	平成 年 月 日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 年 月 日		
	出産予定日(出産日)	平成 年 月 日 出産予定・出産				

② 該当時のみ記入する欄	保険者名称(保険者番号)	被保険者証の記号・番号	事業所名称	資格取得年月日	資格喪失年月日
	()			平成 年 月 日	平成 年 月 日
	()			平成 年 月 日	平成 年 月 日
	()			平成 年 月 日	平成 年 月 日
	()			平成 年 月 日	平成 年 月 日
	()			平成 年 月 日	平成 年 月 日

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

<p>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。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>申請者(資格喪失者)氏名: _____ (印)</p> <p>申請者(資格喪失者)住所(フリガナ): 〒 _____</p>	
---	--

社会保険労務士の提出代行者印		(印)
----------------	--	-----

※裏面の留意事項をお読みのうえ、ご記入ください。

受付日付印

【申請にあたっての留意事項】

1 この申請書は、出産育児一時金（健康保険法第106条による資格喪失後の出産育児一時金）（※1）医療機関等への直接支払制度の手続き時に医療機関等へ提示するための資格喪失等証明書を交付するためのものです。したがって、1年以上の被保険者期間を有していない場合（※2）や出産予定日（出産日）が6か月を超えている場合、証明書の交付はできません。ただし、出産日が6か月以内となった場合はこの限りではありません。

2 （退職により資格喪失された方へ）

①欄は、退職時に加入していた健康保険の被保険者証の記号・番号等の加入記録を記入してください。

出産予定日（出産日）は、出産前に申請する場合は出産予定日、出産後に申請する場合は出産日を記入し、該当するほうに○をしてください。

②欄は、①欄に記入した被保険者期間（資格取得年月日から資格喪失年月日の前日までの期間）が1年未満の場合に記入してください。

この際、健康保険（協会けんぽ、健康保険組合）の過去1年間の加入記録を直近のものから順番に記入してください。（①欄に記入した資格喪失年月日の前日以前1年間。ただし、①に記入した加入記録は除く。）

（任意継続被保険者の資格を喪失された方へ）

①欄は、任意継続資格喪失時の被保険者証の記号・番号等の加入記録を記入してください。

出産予定日（出産日）は、出産前に申請する場合は出産予定日、出産後に申請する場合は出産日を記入し、該当するほうに○をしてください。

②欄は、任意継続の資格取得日の前日以前1年間の健康保険（協会けんぽ、健康保険組合）の加入記録を直近のものから順番に記入してください。

3 ③欄は、①欄②欄において記入した加入期間中もしくは当該申請時までにおいて氏名を変更されている方のみ記入してください。

4 この申請書は、①欄に記入した協会けんぽ支部へ提出してください。

【添付書類について】

②欄に記入した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）を添付してください。

なお、協会けんぽにかかる加入記録については、証明書等の添付は必要ありません。

※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年以上被保険者であった人が資格喪失の日後、6か月以内に産をしたときは、最後の保険者から出産育児一時金が支給されます。

（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か、市町村等の国民健康保険に加入の場合に限ります。）

協会けんぽにおいては、42万円（産科医療補償制度に加入していない医療機関等で産された場合等の支給額は39万円）となります。

出産時に現在ご加入の保険から支給される金額等をご確認のうえ、現在加入の保険か協会けんぽのいずれかを選択していただき、いずれかより出産育児一時金の支給が受けられます。

その結果、協会けんぽからの支給を選択される場合に当該申請書をご提出ください。

※2 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せん。）

健康保険被保険者資格喪失等証明書交付申請書 【記入例】

①必ず記入する欄	資格喪失者氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健 保 花 子	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
	保険者名称	全国健康保険協会 山梨支部	被保険者証の記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8 - 5 0
	事業所名称	(有)健康商事	生年月日	昭和 平成 5 3 年 8 月 2 日
	資格取得年月日(入社した日)	昭和 平成 2 1 年 5 月 1 日	資格喪失年月日(退職日の翌日)	平成 2 1 年 8 月 2 8 日
	出産予定日(出産日)	平成 2 1 年 1 1 月 2 6 日 出産予定・出産		

②該当時のみ記入する欄	保険者名称(保険者番号)	被保険者証の記号・番号	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 (0 1 1 1 0 1 1 4)	0 3 9 8 7 6 5 4 - 2 2	(株)けんぼ	平成20年 11月 5日	平成21年 5月 1日
	健康保険組合 (0 6 1 2 3 4 5 6)	1 2 3 - 1 1 1	(株)全健物産	平成20年 4月 1日	平成20年 11月 5日
この加入者の場合は、①欄に記入した(有)健康商事における健康保険の加入期間が1年間未満であるため、(有)健康商事に入社以前の健康保険の加入記録を②欄に記入します。(平成21年5月1日より前の1年間の加入記録) ※①欄の加入期間が1年間以上あれば、②欄の記入は不要です。					
①、②において記入し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記入してください。					
				平成 年 月 日	平成 年 月 日

③変更時のみ記入する欄	変更前の氏名(フリガナ)	キョウカイ ハナコ 協 会 花 子
	変更後の氏名(フリガナ)【平成 2 0 年 1 2 月変更】	ケンボ ハナコ 健 保 花 子

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。

平成 2 1 年 1 0 月 1 5 日

申請者(資格喪失者)氏名: 健 保 花 子 健 保 印

ヤマナシケン コウフシ 1 - 1 マンション501

申請者(資格喪失者)住所(フリガナ): 〒1 2 3 _ 4 5 6 7 山梨県甲府市 1 - 1 マンション501

社会保険労務士の提出代行者印	印
----------------	---

裏面の留意事項をお読みの上、ご記入ください。