

健康保険 資格喪失後出産育児一時金証明依頼書

1年以上健康保険の被保険者であって、出産予定日が資格喪失後6か月以内の方が直接支払制度（出産費用を健康保険組合から医療機関に直接支払う制度）を利用する場合に使用します。
依頼に基づき「資格喪失証明書」を発行します。

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 	番号 	生年月日 年 月 日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
	氏名	(フリガナ)		
	住所	(〒) 都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		
	☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)			

申 請 内 容	資格喪失者氏名	(フリガナ)			性別	女
	保険者名			事業所名称		
	資格取得年月日 (入社した日)	令和 年 月 日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日		
	出産予定日(出産日)	令和 年 月 日	☐ 0. 出産予定 ☐ 1. 出産			

該 当 時 の み 記 入	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
				令和 年 月 日	令和 年 月 日
				令和 年 月 日	令和 年 月 日
				令和 年 月 日	令和 年 月 日
				令和 年 月 日	令和 年 月 日
				令和 年 月 日	令和 年 月 日
	2 変更前の氏名	(フリガナ)		変更後の氏名	(フリガナ)
【令和 年 月 変更】					

常務理事	事務長	担当者

受付日付印