

健康保険 資格喪失後出産育児一時金証明依頼書

申請者記入用

保険者情報	健康保険の (右づめ)	1 1 1	番号	1 1 1 1 1	年月日	年 月 日	昭和 <input type="checkbox"/>	平成 <input checked="" type="checkbox"/>	0 3 1 1 1 1	
	氏名	(フリガナ) タイヘイ ウミ	太平 海							
	住所	(〒 〇〇〇 - ××××)	東京	都道府県	〇〇区	×××				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 〇〇〇 (×××) △△△△	日中に連絡のとれる電話番号を記入してください。							
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)										

申請内容	資格喪失者氏名	(フリガナ) タイヘイ ウミ	太平 海					女	勤務していた会社名を記入してください。
	保険者名(健保組合)	太平洋セメント健康保険組合	事業所名称	〇〇〇〇株式会社					
	資格取得年月日 (入社した日)	令和 3 年 5 月 11 日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 3 年 9 月 1 日					
	出産予定日(出産日)	令和 3 年 11 月 30 日	0	0. 出産予定 1. 出産					
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(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記入してください。									

該当時のみ記入	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)	00000000-00	(株)埼玉〇〇商事	令和 3 年 11 月 1 日	令和 3 年 5 月 11 日
	〇〇〇〇健康保険組合 (06123456)	12345-00	東京〇〇建材(株)	令和 3 年 3 月 15 日	令和 3 年 11 月 1 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) テチュウ ウミ	変更後の氏名	(フリガナ) タイヘイ ウミ	太平 海 【令和 3 年 12 月 変更】	

申請書にご記入いただいた加入期間中または、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。

常務理事	事務長	担当者

受付日付印