

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「健康保険 被保険者 資格喪失等証明書 交付申請書 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日						
	被保険者証の (左づめ)						☐ 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	(		)								

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)	☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日
	出産予定日 (出産日)	☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	☐	1. 出産予定 2. 出産			

該当時のみ記入	③-1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
	(	)		☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 ☐ 平成 ☐ 令和
	(	)		☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 ☐ 平成 ☐ 令和
	(	)		☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 ☐ 平成 ☐ 令和
	(	)		☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 ☐ 平成 ☐ 令和
	(	)		☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 ☐ 平成 ☐ 令和
	③-2変更前の氏名	(フリガナ)	変更後の氏名	(フリガナ)	【 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月変更】

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

(2024.4)

受付日付印