

# 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

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (右づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和				
			<input type="checkbox"/> 平成				
			<input type="checkbox"/> 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	(	)				
<input 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)			性別	女				
	保険者名	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)	令和	年	月	日
	出産予定日(出産日)	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 0. 出産予定 <input type="checkbox"/> 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
				平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
				平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
				平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
				平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
				平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
2 変更前の氏名	(フリガナ)		変更後の氏名	(フリガナ)	
【平・令 年 月 変更】					

(03.12)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄