

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 |
| | 被保険者等 記号・番号 (左づめ) | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 5 6 7 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 6 1 0 4 1 5 | |
| | 氏名 | (フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子 | | | | |
| | 住所 | (〒 123 - 4567) 東京 港区〇〇1-1 〇〇マンション101 | | | | |
| | 電話番号 (日中の連絡先) | TEL 03 (1230) 4567 | | | | |
| <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) ケンポ ハナコ 健保 花子 | | 性別 | 女 |
| | 保険者名 | 〇〇〇〇〇 | 事業所名称 | 〇〇〇〇〇 | |
| | 資格取得年月日 (入社した日) | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | 資格喪失年月日 (退職日の翌日) | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | |
| | 出産予定日(出産日) | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | 1 | 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】 |

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄