

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 險 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	都 道 府 県	港区○○1-1 ○○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□)					

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	○○○○○	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	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
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