

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	1 2 3 4	番号	1 2 3 4 5 6 7	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和			
					<input type="checkbox"/> 平成	6	1	0
					<input type="checkbox"/> 令和	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	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☑)								

申請内容	資格喪失者氏名	(フリガナ)	ケンポ ハナコ	性別	女
			健保 花子		
	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】

(R2.12)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄