

記入例

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 記号・番号 (左づめ)	1 2 3 4	番号 5 6 7 8	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	0 6 0 3 0 3
	氏名 (フリガナ)	ケンポ モモコ 健保 桃子			
	住所 (〒 453 - 0015)	愛知 都 道 府 県 名古屋市中村区椿町3番21号			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 052 (451) 0291			
<input checked="" 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 モモコ 健保 桃子			性別	女
	保険者名	しんくみ東海北陸健康保険組合		事業所名称	〇〇信用組合	
	資格取得年月日 (入社した日)	令和 1 年 4 月 1 日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 6 年 8 月 31 日		
	出産予定日(出産日)	令和 6 年 11 月 30 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)	【 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