

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	10	番号	1000	生年月日	年	月	日
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)				☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	0	5	1102
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ	健保 花子					
	住所	(〒 ××× - ××××)	新潟 都道府県 上越市○○○×-×-×					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ××× (×××) ××××							
☐ 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
	保険者名	直江津電子健康保険組合	事業所名称	直江津電子工業株式会社
	資格取得年月日 (入社した日)	令和 3 年 4 月 1 日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 5 年 8 月 1 日
	出産予定日(出産日)	令和 5 年 12 月 1 日	0. 出産予定 1. 出産	0

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
	直江津電子健康保険組合の加入期間が1年未満である方のみ、 過去1年間に加入していた健康保険をご記入ください。			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) ナオデン ハナコ	変更後の氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ	健保 花子【令和 5 年 4 月 変更】	

加入期間中もしくは当該申請時までにおいて氏名変更されている方のみご記入ください。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄