

出産育児一時金を請求される際、現在、当健康保険組合の

○『被保険者資格を喪失された方』… 下記Aに

○『被扶養者(家族)認定後6ヶ月以内の方』… 下記Bに それぞれご記入ください。

※現在または以前に加入されていた保険者へ確認を取らせていただいたうえで、支給可否を決定いたします。

A 当健保組合の被保険者資格を喪失されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方。

→資格喪失日の前日まで継続して1年以上の被保険者期間(任意継続期間は除く)があることが条件となります。

①現在加入されている健康保険の名称をご記入ください。

・ ()健康保険組合	・ ()市区町村国民健康保険
・ 全国健康保険協会 ()支部	・ ()国民健康保険組合
・ ()共済組合	

②上記健康保険組合等の連絡先がおわかりでしたらご記入ください。

住所 電話番号	〒 TEL ()
------------	------------------

上記のとおり相違ありません。

被保険者氏名

B 当健保組合の被扶養者と認定されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方。

出産6ヶ月以前、勤務されていましたか。(①または②の該当する方に○を付けてください。)

①勤務していない → 下記にご署名ください。

②勤務していた → 下記についてご記入のうえ、ご署名ください。

勤務先名称			
勤務先の連絡先	()		
勤務していた期間	年 月 日 ~ 年 月 日迄 年 ヶ月間		
加入していた健康保険(保険者)	・ ()健康保険組合 ・ ()市区町村国民健康保険 ・ 全国健康保険協会()支部 ・ ()国民健康保険組合 ・ ()共済組合 該当する健康保険の名称をご記入ください。		
加入していた健康保険(保険者)連絡先	()		
加入していた健康保険証の記号・番号	記号	番号	
加入していた健康保険(保険者)への「出産育児一時金」の申請を(○で囲む)	します ・ しません		

上記のとおり相違ありません。

被保険者氏名