

健康保険 被保険者 出産育児一時金にかかる
資格喪失等証明書 交付申請書

申請者記入用

一証

記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」をご確認ください。

① 被保険者情報	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日	年	月	日
	記号・番号			☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		
	個人番号 (マイナンバー)			記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。)		
	氏名	(フリガナ)				
住所	(〒	-	)	都	道	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)	府	県	

② 申請内容	資格喪失者氏名	(フリガナ)		性別	女
	保険者名称	全国健康保険協会	支部	事業所名称	
	資格取得年月日 (入社した日)	☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	☐ 平成 ☐ 令和
	出産予定日(出産日)	☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	☐ 0. 出産予定 ☐ 1. 出産	

該当時のみ記入	③-1 保険者名称(保険者番号)	健康保険の記号・番号	事業所名称	資格取得年月日	資格喪失年月日
	(	)		☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
	(	)		☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
	(	)		☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
	(	)		☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
	(	)		☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
③-2 変更前の氏名	(フリガナ)	変更後の氏名	(フリガナ)	【 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 変更】	

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	協会使用欄	受付日付印
様式番号		(2025.10)
7 1 1 1 1 1		