

※健保組合決裁欄

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員	証明書番号	
							備考

出産育児一時金「直接支払制度」に係る 資格喪失等証明願

(願出日) 令和 年 月 日

被 保 険 者	ふりがな		記号	
	(現在の) 氏名			番号
	(被保険者であった時の) 氏名		退職日	令和 年 月 日
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
	(被保険者であった時の) 事業所名称			
	住所 (現在お住まいの住所)	〒 -		
	電話番号 (連絡のとれる番号)	Tel - -		

- ◎ 在職中に氏名変更の手続きをされていない方へ
婚姻受理証明等の「旧姓・新姓両方が確認できる公的書類」を添付してください。
この届出で氏名変更の手続きを行い、新姓での証明書を発行致します。

- ◎この資格喪失等証明願は出産育児一時金の医療機関等への「直接支払制度」を利用する場合に提出していただくものです。
- ◎出産育児一時金の請求については、出産時に加入中の健康保険(保険者)又は、退職後6ヶ月以内(被保険者期間1年以上)に出産された場合は、現在加入中の健康保険か当健康保険組合どちらか一方を選択することができます。
- ◎資格喪失後の出産育児一時金については、被保険者がその資格を喪失した日後6ヶ月以内に出産した場合であって、資格を喪失した日の前日まで継続して1年以上被保険者であった方に限られます。

お問い合わせ先

出産育児一時金の制度等に関しては 医療給付課 Tel 03-3343-2805

資格証明書の発行等に関しては 情報管理一課 Tel 03-3343-2803