

# 出産に係る資格喪失証明書交付申請書

被保険者の 記号	番号	(フリガナ)	
		被保険者の氏名・生年月日	昭和・平成 年 月 日
勤務していた事業所	名称		
	住所	〒 _____ 電話 _____	
出産予定日(出産日)	令和 年 月 日	出産予定・出産日	
出産育児一時金を医療機関等への直接支払制度の手続きに必要なため、出産にかかる資格喪失証明書の交付を申請します。			
令和 年 月 日			
被保険者氏名 _____ ㊞			
〒 _____			
被保険者現住所 _____ 電話 _____			

千葉県機械金属健康保険組合

## 申請にあたっての留意事項

- この申請書は、出産育児一時金(健康保険法第106条による資格喪失後の出産育児一時金)(※1)医療機関等への直接支払制度の手続き時に医療機関等へ提示するための資格喪失等証明書を交付するためのものです。したがって、1年以上の被保険者期間を有していない場合(※2)や出産予定日(出産日)が6ヶ月を超えている場合、証明書の交付はできません。ただし、出産日が6ヶ月以内となった場合はこの限りではありません。
- (退職により資格喪失された方へ)  
退職時に加入していた健康保険の被保険者証の記号・番号等を記入してください。  
出産予定日(出産日)は、出産前に申請する場合は出産予定日、出産後に申請する場合は出産日を記入し、該当するほうに○をしてください。  
※1 健康保険の資格を喪失する日の前日までに継続して1年以上被保険者であった人が資格喪失の日後、6ヶ月以内に出産をしたときは、最後の保険者から出産育児一時金が支給されます。  
(資格喪失後、健康保険組合や共済組合等の被扶養者になっている場合か、市区町村等の国民健康保険に加入の場合に限ります。)  
※2 資格喪失日(任意継続被保険者の資格を喪失した方は、その資格を取得した日)の前日までに継続して1年以上(任意継続被保険者や共済組合の組合員であった期間は除き、健康保険組合の被保険者であった期間は含みます。)

受付日印

