健康保険等加入状況の申告

1 次の①又は②に該当する場合は、出産日に加入していた又は当組合認定以前に加入していた健康保険(保険者)について、アからウの該当する項目にご記入ください。

※認定以前6か月間に複数の保険者に加入していた場合は、保険者ごとに証明を受けてください。

① 退職後(当組合資格喪失後)6か月以内に出産し、被保険者出産育児一時金を申請する場合

② 当組合の被扶養者として加入後、6か月以内に出産し、家族出産育児一時金を申請する場合

ア 国民健康保険に加入 (①の方は「出産日に」、②の方は「認定以前に」)

市区町村名	都 ・ 道 ・ 府 ・ 県				市・区・町・村 国民健康保険
被保険者氏名					世帯主の氏名をご記入ください。
被保険者等記号・番号	記号:		番号:		被保険者等記号・番号が不明の場合は空白とし、資格取得及び喪失年月日のみご記入ください。
資格取得年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	
資格喪失年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	

イ 健康保険の被扶養者として加入(①の方は「出産日に」、②の方は「認定以前に」)

保険者名称					協会けんぽや健保組合名をご記入ください
被保険者氏名					配偶者(夫)等の氏名をご記入ください。
被保険者等記号・番号	記号:		番号:		被保険者等記号・番号が不明の場合は空白とし、扶養認定及び扶養解除年月日のみご記入ください。
扶養認定年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	
扶養解除年月日	令和	年	月	日	

ウ 健康保険の被保険者として加入(①の方は「出産日に」、②の方は「認定以前に」)

保険者名称					協会けんぽや健保組合名をご記入ください
被保険者等記号・番号	記号:		番号:		被保険者等記号・番号が不明の場合は空白とし、資格取得及び資格喪失年月日のみご記入ください。
資格取得年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	
資格喪失年月日	令和	年	月	日	

2 次の①又は②に該当する場合は、下記の証明書欄に該当する保険者から加入期間および出産育児一時金が支給されていない旨の証明を受けてください。(保険者:協会けんぽ、健保組合等)

①退職後(被保険者資格喪失後)6か月以内の出産

②被扶養者として加入後6か月以内の出産

証明欄

下記、該当者について、出産育児一時金は支給していないこと また 今後も支給しないことを証明いたします。

被保険者等記号・番号	―	資格取得日(認定日)	昭和・平成・令和 年 月 日
被保険者氏名		資格喪失日(削除日)	令和 年 月 日
出産日	令和 年 月 日		

令和 年 月 日

保険者 所 在 地

名 称

電 話 番 号

健康保険等加入状況について上記のとおり申告します。

被保険者氏名

東京都土木建築健康保険組合