令和　　年　　月　　日

健康保険資格証明願

出産育児一時金の直接支払制度手続きに必要なため、私の被保険者資格を証明ください。

当組合被保険者等の記号・番号　　－

住　　所

氏　　名

※（変更前の氏名）

生　年　月　日　　昭和　平成　　年　　月　　日

勤務していた事業所

資格取得日（入社した日）　昭和　平成　令和　　年　　月　　日

資格喪失日（退職日の翌日）平成　令和　　年　　月　　日

出産予定日（出産日）　　平成　令和　年　　月　　日　出産予定　・　出産

※は該当する場合のみ記入してください

被保険者等の記号番号がわからない場合にはマイナンバーを下記の備考欄へ記入してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄	

神戸機械金属健康保険組合理事長　様

・この申請書は資格喪失日の前日まで継続して１年以上（共済組合の組合員、任意継続被保険者であった期間は算入せず）被保険者期間があって退職した方が資格喪失後６ヶ月以内に出産した場合、出産育児一時金を当健保組合から医療機関に直接払いする際に必要な「資格喪失証明書」の発行を受けるために提出していただくものです。この条件を満たさない方には原則として証明書を発行できません。

・当組合の被保険者期間は１年未満で、他の健康保険と継続通算して１年以上となる場合、他の健康保険の資格喪失証明書を添付してください。