

## 出産育児一時金に係る保険加入状況の申告書

1. 加入している又はしていた健康保険(保険者)について、該当する項目をご記入ください。

- ㊦ 当組合の被保険者であった方が、資格喪失後6か月以内に出産した場合は、出産した時点で加入していた健康保険についてご記入ください。
- ㊧ 当組合で扶養認定後、6か月以内に出産した場合は、当組合の扶養認定前に加入していた健康保険についてご記入ください。

① 国民健康保険に加入している場合 または 加入していた場合	都・道・府・県		市・区・町・村		国民健康保険	
	保険証の記号・番号	記号		番号		
	被保険者(世帯主)氏名					
	資格取得日	昭和・平成・令和		年	月	日
	資格喪失日	令和		年	月	日

② 健康保険の被扶養者である場合 または 被扶養者であった場合	保険者名称				
	保険証の記号・番号	記号		番号	
	被保険者氏名				
	被扶養者認定期間	昭和・平成・令和		年	月
	令和		年	月	日
					認定
					喪失

③ 健康保険の被保険者である場合 または 被保険者であった場合	保険者名称					
	保険証の記号・番号	記号		番号		
	被保険者氏名					
	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. 1. で㊦に該当する方、又は㊧かつ㊢に該当する方(被保険者期間が1年未満の方を除く)は、下記証明書欄に1. で記入した保険者の不支給の旨の証明が必要です。

### 証 明 書

以下における出産育児一時金について、支給していないこと、また今後も支給しないことを証明致します。

記号・番号 : 記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_

被保険者名 : \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

※保険者の証明とは健康保険を管轄している所(国民健康保険、健康保険組合、協会けんぽ等)の証明で、会社等の証明ではありません。

上記の通りであることを申告致します。

申告日 : 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_