

※組合使用欄

マネジャー	アシスタントマネジャー	チームリーダー	スタッフ

資格喪失後出産育児一時金証明依頼書【直接支払】

TJK健康保険証記号番号	—
被 保 険 者 氏 名	
本 人 確 認 欄	<input type="checkbox"/> この依頼書を作成したのは申請者本人(被保険者)です ※忘れずに <input checked="" type="checkbox"/> を記入ください
出 産 予 定 日	年 月 日
資 格 取 得 日	年 月 日
資 格 喪 失 日 (退 職 日 の 翌 日)	年 月 日
現在加入の健康保険の名称 (電 話 番 号)	()健康保険組合 全国健康保険協会()支部 ()国民健康保険 電話 () —
現在加入の健康保険 被保険者証記号番号	—
提 出 先 (医 療 機 関 名)	

上記証明書の交付を依頼いたします。

令和 年 月 日

被保険者氏名

住 所 〒 —

電話番号 — —

☆継続して(※)1年以上の被保険者期間があれば、退職後6ヵ月以内に出産したとき、出産育児一時金が受けられます。ただし資格喪失後のため付加給付の支給はありません。現在加入されている健康保険の給付額をご確認いただき、TJKで給付を受ける場合はご提出下さい。

※資格喪失まで1日もあかず継続していることが必要です。

資格期間が1年未満でも他の健康保険の資格期間と継続し上記要件を満たす場合、以前の健康保険組合の名称・保険証記号-番号・資格期間・電話番号の記載された資格期間証明を添付してください。