

同 年 月 日	令和 年 月 日			
常務理事	事務長	次長	課(係)長	係

健康保険被保険者資格喪失証明書交付申請書

(出産育児一時金申請用)

愛知県信用金庫健康保険組合理事長 様

令和 年 月 日

資格喪失者氏名	(フリガナ)			性別	
住 所	〒 ー				
被保険者証 記号・番号	記 号		番 号		
事業所名称			生年月日	昭和 平成	年 月 日
資格取得年月日 (入社した日)	昭和 平成	年 月 日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 令和	年 月 日
出産予定日 (出産日)	令和 年 月 日		出産予定・出産		
退職後に氏名 変更をされた方 は記入してくだ さい	変更前の氏名(フリガナ)				
	変更後の氏名(フリガナ) [平成・令和 年 月変更]				

出産育児一時金医療機関等への直接支払制度の手続きに必要なため、被保険者資格喪失証明書の交付を申請します。

令和 年 月 日

申請者氏名 : _____ 印

受付日付印