

【提出先】：事業所経由で健康保険組合に提出(健保組合へ直送可)

| 健保組合決裁欄 | | |
|---------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
| | | |

※資格喪失日前に交付することはできません

※任意継続資格喪失の場合は本申請は不要／申請無しで交付

※「被扶養者異動(削除申請)届」の交付欄に要としている場合は本申請書は不要

健康保険組合の「資格喪失証明書」交付申請書

●公文健康保険組合に加入時の情報を記入してください。

| | | | | | | | |
|---|-----------------------|----|--|----------|-------------|--|--|
| 保険証の 記号 | | 番号 | | 被保険者氏名 | 生年月日 年 月 日生 | | |
| 事業所 名称 | (株) | | | 部署名 | | | |
| 被保険者本人の申請場合は退職日 | | | | 令和 年 月 日 | | | |
| 送付先 住所 | 〒 日中連絡の取れる TEL () | | | | | | |
| ※ 返信用封筒(送り先記載/切手は不要です)をご用意いただきますようご協力をお願いします ※ 同封いただける場合は、上記の住所記入は不要です(連絡先は必要) | | | | | | | |

●証明書が必要な方(該当する項目を○で囲み、3の場合は該当者情報を記入)

| | | | | | | |
|---------------------|-----|-----|--------|---|---|---|
| 1 被保険者のみ | | | | | | |
| 2 世帯全員(被保険者・被扶養者全員) | | | | | | |
| 3 対象者 | 氏名: | 続柄: | 削除年月日: | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名: | 続柄: | 削除年月日: | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名: | 続柄: | 削除年月日: | 年 | 月 | 日 |

●申請理由(該当する項目を○で囲み、必要事項を記入)

| | | |
|----------------------------------|---------|--------------|
| 1 国民健康保険に加入するため | 提出先: | 役所 |
| 2 出産育児一時金の直接支払制度の 手続きに必要であるため | 提出先: | |
| | 出産(予定)日 | 年 月 日(出産・予定) |
| 3 その他 | 提出先: | |
| | 理由: | |

●在職時と氏名が違うとき

| | | |
|---------|------|-------|
| 変更後の氏名: | 変更日: | 年 月 日 |
|---------|------|-------|

※ 出産育児一時金の直接支払制度を利用するために申請される方への留意事項

- 資格喪失証明書は、公文健康保険組合に1年以上加入し退職後6ヶ月以内に出産する予定の方で、出産育児一時金の直接支払制度に関して当組合を選択された場合は医療機関等への手続きに必要となります。
- 直接支払制度を利用した場合は、当組合から出産育児一時金50万円(産科医療補償制度に加入していない医療機関等での出産は48万8千円)を医療機関等に支払います。
- 出産費が上記2の金額以下の場合は、「出産育児一時金等内払金支払依頼書」により差額分を請求してください。
- 出産育児一時金等の支払が完了した時は「支給決定通知書」を本申請書に記載されたご住所宛にお送りします。転居等が発生した場合は、公文健康保険組合までご連絡ください。