

健康保険等加入状況の申告

自動車振興会 健康保険組合

1 次の①又は②に該当する場合は、現在加入している又は以前加入していた健康保険（保険者）について、アからウの該当する項目にご記入ください。

- ① 退職後（資格喪失後）6か月以内に出産し、被保険者出産育児一時金を申請する場合
- ② 当健康保険組合の被扶養者として加入後6か月以内に出産し、家族出産育児一時金を申請する場合

ア 国民健康保険に加入（①の方は「現在」、②の方は「以前」）

| | | | |
|------------|-----------------|---------|---------------------------------|
| 市区町村名 | 都・道・府・県 | 市・区・町・村 | 国民健康保険 |
| 被保険者氏名 | 世帯主の氏名をご記入ください。 | | |
| 被保険者等記号・番号 | 記号： | 番号： | 記号・番号が不明の場合は空白にし、加入期間のみご記入ください。 |
| 資格取得年月日 | 昭・平・令 | 年 月 日 | |
| 資格喪失年月日 | 昭・平・令 | 年 月 日 | |

イ 健康保険の被扶養者として加入（①の方は「現在」、②の方は「以前」）

| | | | |
|------------|----------------------|-------|---------------------------------|
| 保険者名称 | 協会けんぽや健保組合名をご記入ください。 | | |
| 被保険者氏名 | 配偶者（夫）などの氏名をご記入ください。 | | |
| 被保険者等記号・番号 | 記号： | 番号： | 記号・番号が不明の場合は空白にし、加入期間のみご記入ください。 |
| 扶養認定年月日 | 昭・平・令 | 年 月 日 | |
| 扶養削除年月日 | 昭・平・令 | 年 月 日 | |

ウ 健康保険の被保険者として加入（①の方は「現在」、②の方は「以前」）

| | | | |
|------------|----------------------|-------|---------------------------------|
| 保険者名称 | 協会けんぽや健保組合名をご記入ください。 | | |
| 被保険者等記号・番号 | 記号： | 番号： | 記号・番号が不明の場合は空白にし、加入期間のみご記入ください。 |
| 資格取得年月日 | 昭・平・令 | 年 月 日 | |
| 資格喪失年月日 | 昭・平・令 | 年 月 日 | |

2 次の①又は②に該当する場合は、下記の証明書欄に該当する保険者から出産育児一時金が支給されていない旨の証明を受けてください。（保険者：協会けんぽ、健保組合、共済組合など）

- ① 退職後（資格喪失後）6か月以内の出産で、上記イ又はウに該当する場合
- ② 被扶養者として加入後6か月以内の出産で、上記ウに該当する場合

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----|---|---|---|----|--|--|--|---|---|---|
| 証明書 | | | | | | | | | | | | |
| 下記該当者について、出産育児一時金は支給していないこと。また、今後も支給しないことを証明いたします。 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |

健康保険等加入状況について上記のとおり申告します。

氏 名