資格喪失等証明交付申請書(出産育児一時金受給用)

太枠内を記入して下さい。

当組合での被保険者等の記号一番号	—
被保険者だった方の氏名 (生年月日)	(昭和・平成・令和 年 月 日)
出産予定年月日	令和 年 月 日
証明書の送付先 (連絡先)	〒 — TEL : ()
※ここから下は、現在の保険証から転記して下さい。	
保険者名称 (加入先保険の名称)	(〇〇健保、△△共済組合、協会健保□□支部、××国保など)
保険者(加入先保険)の連絡先	—
現在の被保険者等の記号一番号	—
令和 年 月 日	
資格喪失日から6ヶ月以内に出産予定があるため、資格喪失等証明書の交付を申請します。□ なお、重複受給を避けるため現在加入している保険に対し、セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合が確認を取ることに同意します。	

【注意事項】

※この申請書は、次の両方に該当する女性の方のみ提出して下さい。

①被保険者期間が1年以上ある方。

(当組合の前も被保険者だった場合は通算可。被扶養者期間と任意継続・国保の被保険者期間は除く)

②資格喪失日(退職日または契約変更日の翌日。任意継続をした方は、任意継続の資格喪失日)から6ヶ月以内に出産予定のある方。

*『資格喪失日から6ヶ月以内』とは、暦月で6ヶ月後の前日となります。

例) 10月1日に資格喪失した場合は、翌年3月31日までに出産した場合が該当

【申請書提出先・問合せ先】

〒102-8452 東京都千代田区二番町8-8

セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合 (現金給付担当:03-6238-2859)

健保使用欄	常務理事	事務長	マネジャー	担当者	
					【取得日】平成・令和 年 月 日
					【喪失日】令和 年 月 日
					【受付番号】[喪育] —