資格喪失後の出産に関する告知書・同意書

資格喪失後6ヶ月以内の出産について、次のことを告知いたします。

また、ジブラルタ健康保険組合が出産者の資格喪失後加入した健康保険先へ出産育児一時金の請求又は受給に関する事実確認を必要とする場合、照会等をすることに同意いたします。

健康保険記号・番号①	記号	1	番号	XXXXX	出産日②	2021 年 11 月 11 日

（1）当組合の資格喪失後に加入した健康保険

（資格喪失後6ヶ月の期間に健康保険の異動が複数あった場合には、その健康保険ごとにそれぞれ告知書を作成してください。）

①保険の種類について、該当する項目の左枠内に〇をつけてください。

③

	国民健康保険		船員保険
〇	組合管掌健康保険		被扶養者
	各種共済組合		その他(　　)

②健康保険の名称または勤務先を記入してください。

④

名称または勤務先: XXX 健康保険組合　　連絡先: 03 (XXXX) XXXX

③上記①・②健康保険先の記号・番号および加入期間等を記入してください。

⑤

健康保険 記号: 12345

健康保険 番号: XXXXX

加入期間:資格取得日: 2021 年 11 月 1 日

資格喪失日 : 年 月 日

扶養認定日 : 年 月 日

（2）（1）でご回答頂いた健康保険先への出産育児一時金の請求、受給の有無

・該当する項目の左枠内に〇をつけてください。

⑥

	イ:受給権なし ⇒理由:(　　)
〇	ロ:請求しない(受給権を放棄した)
	ハ:受給した
	ニ:出産育児一時金・家族出産育児一時金請求書を(1)の健康保険先へ提出中

(注意)ハ・ニの場合は、ジブラルタ健康保険組合へ出産育児一時金の請求はできません。

出産育児一時金・家族出産育児一時金は、1分べんについて複数の健康保険先へ重複して請求することはできません。

⑧

⑦ 提出日: 2022 年 1 月 10 日

〒(170 - XXXX)

住 所: 東京都 豊島区 東池袋 X-X-X

被保険者氏名（自署） ⑨ 健保 花子

連絡先(日中連絡可能な電話番号): ⑩ 080 (1234) XXXX

ジブラルタ健康保険組合 理事長殿

【提出先】ジブラルタ健康保険組合

受付日付印

次のような場合に、この用紙をご使用ください。

当健保組合の資格喪失後 6 か月以内に被保険者が出産した場合で、かつ、出産育児一時金の請求方法で、直接支払制度を利用しない場合は、「出産育児一時金請求書 兼 内払金支払依頼書（健-16）」の添付書類として当用紙を添付してください

【記入要領（記入例の番号と照合してください）】

①健康保険記号・番号

申請者の健康保険証または資格確認書、資格情報のお知らせ等に記載されている記号・番号をご記入ください

②出産日

出産年月日をご記入ください

③保険の種類

出産者が当健保組合の資格喪失後に加入した健康保険の種類に〇をつけてください

④健康保険の名称または勤務先および連絡先

出産者が当健保組合の資格喪失後に加入した健康保険の名称または勤務先および連絡先をご記入ください

⑤当健保組合の資格取得（扶養認定）後に加入していた健康保険の記号・番号および加入期間等

・出産者が当健保組合の資格喪失後に加入していた健康保険の健康保険証または資格確認書、資格情報のお知らせ等に記載されている記号・番号をご記入ください

・資格取得日および資格喪失日、出産者が被扶養者の場合は扶養認定日もご記入ください

⑥当健保組合の資格取得（扶養認定）後に加入していた健康保険先への請求有無等

出産者が当健保組合の資格取得(扶養認定)後に加入した健康保険先において、出産育児一時金の請求、受給状況について、いずれかに〇をつけてください

⑦提出日

提出日をご記入ください

⑧住所

被保険者の郵便番号および住所をご記入ください

⑨被保険者氏名（自署）

被保険者の氏名を自署でご記入ください

⑩日中連絡可能な電話番号

日中連絡可能な被保険者の電話番号をご記入ください

【提出先】ジブラルタ健康保険組合