

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 | 記号 | 番号 | 出産日 | 年 | 月 | 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○をつけてください。

| | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | 国民健康保険 | <input type="checkbox"/> | 船員保険 |
| <input type="checkbox"/> | 組合管掌健康保険 | <input type="checkbox"/> | 被扶養者 |
| <input type="checkbox"/> | 各種共済組合 | <input type="checkbox"/> | 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。

名称または勤務先: _____ 連絡先: _____ ()

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。

健康保険 記号: _____
健康保険 番号: _____
加入期間: 資格取得日: _____ 年 _____ 月 _____ 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○をつけてください。

| | |
|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | イ: 受給権なし ⇒理由:() |
| <input type="checkbox"/> | ロ: 請求しない(受給権を放棄した) |
| <input type="checkbox"/> | ハ: 受給した |
| <input type="checkbox"/> | 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。

提出日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒(_____ - _____)

住 所: _____

被保険者氏名 (自署) : _____

連絡先(日中連絡可能な電話番号): _____ (_____)

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