

健康保険等加入状況の申告

全国外食産業ジェフ 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。	
保険証の記号・番号	記号： 番号：	すでに保険証を市区町村に返却しており、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	昭和・平成・令和 年 月 日	
資格喪失年月日	昭和・平成・令和 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。	
保険証の記号・番号	記号： 番号：	すでに保険証を健保組合等に返却しており、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	昭和・平成・令和 年 月 日	
扶養削除年月日	昭和・平成・令和 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。	
保険証の記号・番号	記号： 番号：	すでに保険証を健保組合等に返却しており、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	昭和・平成・令和 年 月 日	
資格喪失年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	

申告書

上記1における他の保険者に出産育児一時金を申請していないこと。また、今後も申請しないことを申告いたします。

記号・番号 ー

出産者氏名

出 産 日 平・令 年 月 日

令和 年 月 日

被保険者 住 所

氏 名

電話番号

⑩