

常務理事	事務長	担当者

出産育児一時金直接支払における  
「資格喪失証明書」交付申請書

私\_\_\_\_\_は、令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日出産予定の分娩における  
出産育児一時金を、クラシエ健康保険組合から受給いたしたく「資格喪失証明書」の交付  
を申請いたします。

なお、出産後「被保険者出産育児一時金支給選択届」を提出いたします。

令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

〒

住 所：

氏 名：

(在籍時と違う場合 旧姓：\_\_\_\_\_)

電 話：

退職時の事業所名称：

退職時の記号・番号：

現在加入の健康保険の名称：