

## 健康保険加入状況調査書（出産育児一時金申請用）

被保険者等 記号・番号		被保険者名	
		出産者名	

日立健保加入前の健康保険の加入状況、および勤務先等をご記入ください。  
 ご記入後、『「健康保険加入状況」および「出産育児一時金給付記録」調査についての同意書』に  
 ご署名をお願いします。

前加入健保名	
健康保険加入期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
勤務先名	

**「健康保険加入状況」および「出産育児一時金給付記録」調査についての同意書**

私は、日立健康保険組合が上記に記載した加入健保等に、健康保険の加入状況、出産育児一時金の給付記録の照会を行うことに同意いたします。

令和 年 月 日

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

※取得した個人情報、出産育児一時金の支給決定の目的以外には利用いたしません。

受付日付印

**【注意事項】**

下記に該当する方は、この「健康保険加入調査書（出産育児一時金申請用）」  
 をご提出ください。

<被保険者の方>

1. 日立健保の被保険者であった方が資格喪失後6ヵ月以内に出産したとき
2. 日立健保の資格取得後、6ヵ月以内に出産したとき

<被扶養者の方>

日立健保の被扶養者認定後6ヵ月以内に出産したとき