

三井住友トラストグループ健康保険組合 宛
〒105-8574
東京都港区芝三丁目 3 3 番 1 号
tel 03-5232-8640

出産育児一時金に関する資格喪失証明書発行依頼書

下記証明書の発行を依頼します。

資格喪失時の記号・
番号をご記入。

依 頼 日	年 月 日					
日 中 連 絡 先	TEL(外線)					
記 号 番 号						
被保険者番号						
氏 名						
生 年 月 日	年 月 日					

1.証明内容

- 出産育児一時金請求に関する資格喪失証明書
 - *対象者に○を付けてください。→「本人・扶養家族」
 - *ご家族の方の証明が必要な場合、必要な対象者を全て下記にご記入ください。
- 【証明対象者：

2.理由

出産育児一時金直接払制度利用のため、医療機関へ提出。

3.提出先医療機関名

*正式名称を必ず記入してください（証明書上に記載する場合があります）

4.特記事項

5.送付先（被保険者住所（郵便番号、住所）、電話番号）

〒
住所

電話番号

以上