（被保険者・被扶養者）出産告知書・同意書

資格取得後・扶養認定後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、プルデンシャル健康保険組合が出産者の資格取得（扶養認定）前の健康保険加入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、同意書の写しを添付のうえ、照会を行い、照会に対する情報の提供を受けることに同意いたします。

被保険者等 記号・番号	記号		番号	出産者氏名	
出産日	年　月　日			当組合の資格取得日・認定日	年　月　日

（1）出産者がプルデンシャル健康保険組合の資格取得(扶養認定)前に加入していた健康保険
（出産日前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〇をつけてください。

	国民健康保険		船員保険
	協会けんぽ		被扶養者
	各種共済組合		その他(　　)

②健康保険の名称または勤務先および連絡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。

記号：
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・家族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〇をつけてください。

	イ：受給権なし　⇒理由：(　　)
	ロ：請求しない（受給権を放棄した）
	ハ：受給した
	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、プルデンシャル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、一分娩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）：　（　　）

プルデンシャル健康保険組合　理事長 殿

受付日付印