

## 被扶養者認定前の職業について（照会）

出産者が、私学共済制度の被扶養者として認定される前の職業の有無、  
加入健康保険等について報告します。

加入者等記号番号： \_\_\_\_\_

被扶養者記録

被扶養者氏名	生年月日	認定日
殿	昭平 年 月 日	平〇 年 月 日

(1) 職業の有無について

A. 有 B. 無 [(2) からご回答ください]

「有」の場合

勤務先名称 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

(2) 加入していた健康保険について

1. 保険者名（種別） \*該当する箇所に○をして、下線に該当保険者名を記入してください  
全国健康保険協会（ \_\_\_\_\_ 支部） ・ \_\_\_\_\_ 健康保険組合  
\_\_\_\_\_ 共済組合 ・ \_\_\_\_\_ 市区町村国民健康保険  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

上記保険者の所在地 \_\_\_\_\_

上記保険者の連絡先（電話番号） \_\_\_\_\_

2. 加入していたときの資格

A. 本人（被保険者・組合員または加入者） B. 家族（被扶養者）

3. 加入期間

自) 昭和・平成・令和 年 月 日 ～ 至) 平成・令和 年 月 日

健康保険証等の被保険者記号番号 \_\_\_\_\_

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

加入者氏名 \_\_\_\_\_ 印

受給権を放棄する旨の口述書

私は、以前加入していました\_\_\_\_\_からの  
資格喪失後の出産費（出産育児一時金）の受給権を放棄します。

また、認定前に加入していた医療保険制度に、この件について連絡することを  
了承します。

令和 年 月 日

日本私立学校振興・共済事業団  
理 事 長 殿

出産者氏名\_\_\_\_\_印

※「受給権を放棄する旨の口述書」について

出産者が被扶養者に認定される以前に加入していた健康保険等（国民健康保険を除く）の  
資格喪失後の出産費（または出産育児一時金）の受給権を有する場合（被保険者が資格喪失  
後6ヶ月以内に出産した場合は、前に加入していた健康保険等（国民健康保険を除く）の出産  
費（または出産育児一時金）に関する「受給権放棄した旨の証明書」の交付を受けて請求書に添付  
してください。以前に加入していた健康保険等の証明書の交付が受けられない場合には、上記の  
「受給権を放棄する旨の口述書」に記入してください。