

御中

出産育児一時金（不支給）証明願

（願出日） 令和 年 月 日

旧健康保険・共済組合・国民健康保険 加入時		
①	保険証 記号・番号	記 号 番 号
		退職前の所属
②	被保険者時 氏名	
③	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
現在加入の健康保険・出産関係状況		
④	保 険 者 名 称 （保険証の種類）	[] 国民健康保険・共済組合・健康保険組合 全国健康保険協会 [] 支部
⑤	保険証 記号・番号	記 号 番 号
⑥	被 保 険 者 氏 名	
⑦	出 産 者 氏 名	
⑧	出 産 予 定 日	令 和 年 月 日
証明書送付先（現在の住所）		
⑨	送 付 先 住 所	〒
⑩	連 絡 先	TEL

国民健康保険・健康保険組合・共済組合・全国健康保険協会より
家族出産育児一時金を受けるため下記事項の証明をお願いいたします。

出産育児一時金（不支給）証明書

令和 年 月 日現在、上記の出産に関して出産育児一時金の
支給をしていないこと、また今後請求があっても受理しないことを証明いたします。

令和 年 月 日

〒

【保険者】 住 所
名 称
電話番号