

別紙

証 明 願

住 所	
氏 名	
出産年月日	令和 年 月 日

地方公務員等共済組合法に規定する家族出産費の給付を受けるため、公立学校共済組合広島支部に提出する必要がありますので、次の該当事項について証明をお願いします。

被扶養者認定前の資格	証 明 事 項			
① 他の共済組合の組合員又は健康保険の被保険者であった場合	記 号 番 号		氏 名	
	資格取得年月日	年 月 日	資格喪失年月日	年 月 日
	上記のとおり、組合員又は被保険者の資格を有していたことを証明します。 また、令和 年 月 日の出産については、出産費又は出産育児一時金の支給をしていないことを証明します。 令和 年 月 日 保険者 (印)			
② 他の共済組合又は健康保険の被扶養者であった場合	記 号 番 号			
	組合員または被保険者氏名			
	被扶養者であった人の氏名			
	被扶養者であった期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
上記のとおり、被扶養者の資格を有していたことを証明します。 令和 年 月 日 保険者 (印)				
③ 国民健康保険の被保険者であった場合	記 号 番 号		氏 名	
	資格取得年月日	年 月 日	資格喪失年月日	年 月 日
	上記のとおり、被保険者の資格を有していたことを証明します。 令和 年 月 日 保険者 (印)			