

別紙

証 明 願

住 所	〇〇市〇〇区〇〇三丁目 2-1
氏 名	広島 公子
出産年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 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
	<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">保険者 (印)</p>			
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		氏名	
	資格取得年月日	年 月 日	資格喪失年月日	年 月 日
	<p style="color: red; border: 2px solid red; padding: 5px;">この「証明願」は、家族出産費の請求を行うとき、被扶養者の認定日から出産日までの期間が6か月以内の場合に提出していただく書類です。（直接支払制度を利用した場合は不要です。）</p> <p style="color: red; border: 2px solid red; padding: 5px;">被扶養者認定前に加入していた保険者に証明を受けてください。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">保険者 (印)</p>			
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
	<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">保険者 (印)</p>			