

受 給 権 放 棄 証 明 書

公立学校共済組合
北海道支部長 様

前勤務先.....

前保険者名.....

氏 名.....印

出 産 日.....令和.....年.....月.....日.....

このたびの分娩に関して、地方公務員等共済組合法の規定による家族出産費の給付を受けたいので、健康保険法の規定による給付の受給権を放棄することを申し出ます。

記

当保険者(組合)は、上記の者から、受給権を放棄した旨の申し出があったことを確認しました。

令和.....年.....月.....日

保 険 者.....

.....印

「参考」昭和43年4月8日付、自治福第163号、自治省福利課長通知「地方公務員等共済組合法の家族出産費等と健康保険法等の給付との調整について」

※ この証明書は、元勤務していた保険者(全国健康保険協会等)で証明を受けてください。