

出産育児一時金受給権放棄証明願

殿

私は、令和 年 月 日分娩に伴う出産育児一時金について、公立学校共済組合茨城支部へ請求しますので、健康保険法に基づく資格喪失後の出産育児一時金の受給権を放棄いたします。

記号番号

氏名（生年月日） (昭和・平成 年 月 日生)

加入期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

令和 年 月 日

住所

氏名

上記のことについて、申し出があったこと及び出産育児一時金を支給しないことを証明する。

令和 年 月 日

住所

保険者

印

【記入例】

出産育児一時金受給権放棄証明願

〇〇保険組合 殿

(加入していた保険者の名称)

私は、令和 〇年 〇月 〇日分娩に伴う出産育児一時金について、公立学校共済組合茨城支部へ請求しますので、健康保険法に基づく資格喪失後の出産育児一時金の受給権を放棄いたします。

記号番号 〇・〇〇〇 〇〇〇〇〇〇

氏名（生年月日） 共済 花子 （昭和・平成 〇年 〇月 〇日生）

加入期間 令和 〇年 〇月 〇日 ～ 令和 〇年 〇月 〇日

(↑ 共済組合の被扶養者に認定される前に加入していた健康保険について記入してください)

令和 〇 年 〇 月 〇 日

住所 〇〇市〇〇町 123-45

氏名 共済 花子 （出産者）

上記のことについて、申し出があったこと及び出産育児一時金を支給しないことを証明する。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

住所 〇〇市〇〇区〇〇番地

保険者 〇〇保険組合

〇〇 〇〇

公印 印

(↑ 保険者に証明をいただってください)

(注)

- 1 元所轄年金事務所長又は、元所属健康保険組合の理事長等の証明とする。
- 2 この証明書は、家族出産費・同付加金の請求(直接支払制度利用なし・受取代理制度利用)で、家族が被扶養者として認定された日から6か月以内の出産に該当する場合に提出してください。