

(給付様式第9-7号)

出産育児一時金受給権放棄証明願

年 月 日

殿

(加入していた保険者の名称を記入)

住 所

申出者

出産者氏名

印

標記について、公立学校共済組合神奈川支部へ出産に係る給付金を請求するので、貴保険者に対する受給権を放棄します。

(現在の状況について記入してください。)

保険者名称	公立学校共済組合神奈川支部	組合員等 記号・番号	公立神奈川				
組合員氏名		出産の日		年		月	日
出産者氏名 (被扶養者氏名)		出産者(被扶養者)の認定年月日		年		月	日
請求する給付金	家族出産費(出産育児一時金)						

(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。)

保険者名称													
被保険者等の 記号番号													
被保険者氏名 (出産者氏名)		生年月日		年		月	日						
加入期間		年		月		日	から		年		月		日まで

上記受給権の放棄について、申出のあったことを証明します。

年 月 日

所在地

保険者

名 称

印

(注) 証明願の「申出者」は、受給権を放棄する出産者本人です。

(給付様式第9-7号)

出産育児一時金受給権放棄証明願

年 月 日

〇〇保険組合 殿

(加入していた保険者の名称を記入)

住所 **〇〇市〇〇区〇〇町〇〇**
申出者 **共済 花子**
出産者氏名 **共済 花子**



標記について、公立学校共済組合神奈川支部へ出産に係る給付金を請求するので、貴保険者に対する受給権を放棄します。

(現在の状況について記入してください。)

保険者名称	公立学校共済組合神奈川支部	組合員等 記号・番号	公立神奈川 〇〇〇〇〇〇
組合員氏名	共済 花子	出産の日	〇 年 〇 月 〇 日
出産者氏名 (被扶養者氏名)	共済 花子	出産者(被扶養者)の認定年月日	〇 年 〇 月 〇 日
請求する給付金	家族出産費(出産育児一時金)		

(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。)

保険者名称	〇〇保険組合		
被保険者等の 記号番号	〇・〇〇〇 〇〇〇〇〇〇		
被保険者氏名 (出産者氏名)	共済 花子	生年月日	〇 年 〇 月 〇 日
加入期間	〇 年 〇 月 〇 日 から 〇 年 〇 月 〇 日 まで		

上記受給権の放棄について、申出のあったことを証明します。

〇年 **〇**月 **〇**日

所在地 **〇〇市〇〇区〇〇3-2-1**
保険者 **〇〇保険組合**
名称 **〇〇 〇〇 公印** 印

(注) 証明願の「申出者」は、受給権を放棄する出産者本人です。