

証 明 願

様

家族出産費の支給を公立学校共済組合長崎支部から受けるために必要としますから、
下記事項の証明をお願いします。

令和 年 月 日

届出人（被保険者）

住 所 _____

氏 名 _____

印

組合員証番号 _____

記

氏 名（旧 姓）	（ ）		
生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	
出 産 年 月 日	令和 年 月 日	子の名前	
健康保険被保険者証記号番号			

上記の者について、令和 年 月 日の出産については、証明日現在、出産育児
一時金・出産費等の支給をしていないことを証明します。

令和 年 月 日

証明者（保険者）

名 称

所在地

代表者

印