

受給権放棄届出書（出産費請求用）

年 月 日

公立学校共済組合新潟支部長 様

旧 所 属 所
住 所
組 合 員 氏 名

印

私 は、出産に係る給付について公立学校共済組合新潟支部に請求することとし、次のとおり現在加入している保険者からの出産費及びこれに相当する給付の受給権を放棄する旨、申し出ていることを届出します。

受給権放棄申出書

保 険 者 様

申出者氏名

印

配偶者の出産に係る給付については、配偶者が従前加入していた公立学校共済組合新潟支部に請求することとし、貴保険からの出産費及びこれに相当する給付の受給権を放棄することを申し出ます。

勤務している事業所名
加入している保険制度の記号・番号

出産者（配偶者） 氏名：
資格取得年月日 年 月 日
出産（予定）年月日 年 月 日

上記申出書のとおり、配偶者の出産費及びこれに相当する給付の受給権を放棄する旨の申出があったことを証明する。

年 月 日

保険者

職印

※日付は和暦で記入すること。