

受給権放棄届出書（家族出産費請求用）

年 月 日

公立学校共済組合新潟支部長 様

所 属 所
組合員氏名

被扶養者 の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、次のとおり従前加入していた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。

① 従前加入の保険が健康保険の場合	被扶養者本人記入欄	受 給 権 放 棄 申 出 書 保 険 者 様 申出者氏名 (旧姓) 出産に係る給付については、配偶者の加入している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。 申 出 者 生 年 月 日 年 月 日 勤務していた事業所名 加入していた保険制度の記号・番号 就職（加入）年月日 年 月 日 退職（喪失）年月日 年 月 日 出産（予定）年月日 年 月 日
	従前保険者証明欄	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ていないことを証明する。 年 月 日 所在地 職印 保険者
② 国民健康保険の場合	国民健康保険についての申出書 被扶養者 は次のとおり国民健康保険に加入していたので、出産に係る給付の受給権が無いことを申し出ます。 1. 国民健康保険名称 県 区・市・町・村 国民健康保険 2. 加入期間 年 月 日から 年 月 日まで	

注) ①の場合で受給権が無い場合は保険者証明欄は空欄でかまいませんが、被扶養者本人記入欄は必ず記入してください。

※日付は和暦で記入してください。