

家族出産費等の請求に関する 健康保険組合等の証明書

公立学校共済組合東京支部長 殿

私は、今回の出産に関して、健康保険法第106条の規定による資格喪失の給付である
出産育児一時金の請求権を放棄いたしました。

被 保 険 者 No. _____

被 保 険 者 氏 名 _____

出 産 年 月 日 年 月 日

退 職 年 月 日 年 月 日

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並びに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

住 所

保 険 者

印

[注意事項]

- 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。
- この証明書は、家族出産費・同附加金の請求（直接払制度利用なし・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。
（国民健康保険に加入していた場合は〔用紙No.出産2〕を使用してください。）
なお、内容が同じであれば、他の様式を使用してもかまいません。

提出先 公立学校共済組合東京支部給付貸付課短期給付課担当

(令和3年4月)