

出産費受給権放棄申出書・証明書

※この証明書は、直接支払制度・受取代理制度を利用せずに出産費・家族出産費を請求する際、出産日が組合員資格取得日又は被扶養者認定日から6ヶ月以内の場合、請求書に添付

元所属事業所名
(勤務先)
退職日 年 月 日
住 所
氏 名
(代理人)

私(の被扶養者)は、貴健康保険又は共済組合法に基づく資格喪失後の『出産育児一時金(出産費)』の受給資格を有しておりますが、 年 月 日『出産』に伴う当該受給権を放棄いたします。

年 月 日

上記放棄申出書により支給しないことを証明する。

年 月 日

保険者名 (印)

① 勤務していた事業所名・退職日等を記入してください。

② 加入していた健康保険組合等の保険者から証明を受けてください。

※全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合等の証明