

出産育児一時金受給権放棄申出書兼証明願

出産者(元被保険者)の 氏名及び生年月日	氏名			昭和 平成	年	月	日
資格喪失前の 健康保険証記号番号	記号	番号	元被保険者の 資格喪失年月日	令和	年	月	日
出産日	令和 年 月 日			出生児氏名			

共済組合の 組合員証記号番号	記号	番号	組合員氏名	
-------------------	----	----	-------	--

*「共済組合の組合員証記号番号」及び「組合員氏名」欄には、出産者を被扶養者とする共済組合の組合員について記入してください。

上記、出産にかかる費用につきましては、福井県市町村職員共済組合において「家族出産費」を請求しますので、健康保険法の規定による「出産育児一時金」の受給権を放棄します。

つきましては、下記「証明欄」に証明をお願いします。

令和 年 月 日

氏名 ⑩

(自署の場合、押印は不要です。)

証 明

上記の者から健康保険法の規定による「出産育児一時金」の受給権放棄について申し出があったことを証明します。

また、上記の者にかかる「出産育児一時金」の支給を行わないことを申し添えます。

令和 年 月 日

保険者名

職・氏名

印

この書類は、健康保険法の規定による「出産育児一時金」の受給権を有する方が、当該「**出産育児一時金**」の受給権を放棄し、福井県市町村職員共済組合の「**家族出産費**」を請求する場合に「**家族出産費請求書**」に添付していただきます。