

家族出産育児一時金等受給権放棄申出書兼証明願

健康保険証記号番号	記号	番号	被保険者氏名	
-----------	----	----	--------	--

＊「健康保険証記号番号」及び「被保険者氏名」欄には、出産者を被扶養者とする健康保険の被保険者について記入してください。

出産者(被扶養者)の 氏名及び生年月日	氏名		昭和 平成 令和	年	月	日
出産者の資格喪失前の 共済組合員証記号番号	記号	番号	出産者の共済組合 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			

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「出産費」を請求しますので、健康保険法の規定による「家族出産育児一時金」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 印

(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「家族出産育児一時金」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「家族出産育児一時金」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、1年以上組合員であった方が、資格喪失後6月以内に出産され、かつ、出産時に全国健康保険協会等の被扶養者に認定されている場合、全国健康保険協会等の「家族出産育児一時金」の受給を放棄し、福井県市町村職員共済組合の「出産費」を請求するときに「出産費請求書」に添付していただきます。