

出産育児一時金 不支給証明書

家族出産育児一時金

保 険 者 様

被 保 険 者 情 報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入して下さい		
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	9 9 9 9	1 2 3		
	氏名	(フリガナ) アイチ ハナコ 愛知 花子	生年月日	元号 平成	年 0 5 月 0 5 日 2 3
住所	(〒 000 - 0000)	愛知 都 道 府 県	〇〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号		
電話番号 (日中の連絡先)	000 (000) 0000	〇〇〇マンション 〇〇〇			

出産した者の	氏名	生年月日		
	(フリガナ) アイチ ハナコ 愛知 花子	元号 平成	年 0 5 月 0 5 日 2 3	
出生児の	氏名	生年月日		
	(フリガナ) アイチ ショウヘイ 愛知 翔平	元号 令和	年 0 5 月 0 4 日 0 2	
被保険者が勤務している (いた) 事業所の名称	〇〇〇株式会社			
被保険者である (あった) 期間	元号 平成	年 2 6 月 0 4 日 0 1	から 元号 令和	年 0 5 月 0 1 日 3 1

愛知県農協健康保険組合へ 退職後の出産育児一時金 を請求するにあたり、下記について証明をお願いします。
家族出産育児一時金

保 険 者 証 明 欄	令和 5 年 4 月 22 日現在、上記申請者の分娩にかかる出産育児一時金を支給していないことを証明します。 また、今後、請求者が申請されてきた場合も支給はいたしません。		
	令和 5 年 4 月 22 日		
	〒 000 - 0000		
	保険者所在地	愛知県〇〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号	
	保険者名称	〇〇〇〇健康保険組合	
電話番号	000 (000) 0000		
			

受付日付印