出産育児一時金
家族出産育児一時金 不支給証明書

保　険　者　様

被保険者情報

	記号	番号	生年月日
被保険者証の（右づめ）	9999	123	平成 05年05月23日
氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) アイチ　ハナコ 愛知　花子		
住所	(〒 000 － 0000) 愛知 都道府県 ○○○市○○町○○丁目○番○号 ○○○マンション　○○○		
電話番号（日中の連絡先）	000 （ 000 ） 0000		

	氏名	生年月日
出産した者の	(ﾌﾘｶﾞﾅ) アイチ　ハナコ 愛知　花子	平成 05年05月23日
出生児の	(ﾌﾘｶﾞﾅ) アイチ　ショウヘイ 愛知　翔平	令和 05年04月02日

被保険者が勤務している（いた）事業所の名称	○○○株式会社
被保険者である（あった）期間	平成 26年04月01日 から 令和 05年01月31日

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

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○○○市○○町○丁目○番○号
保険者名称　○○○○健康保険組合
電話番号　000 （ 000 ） 0000

保険者印 印

受付日付印

愛知県農協健康保険組合