

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)				
	氏名	(フリガナ)	生年 月日	元号	年 月 日
	住所	(〒 -)	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	()			

出産した者の	氏名	(フリガナ)	生年月日		
			元号	年 月 日	
出生児の	氏名	(フリガナ)	生年月日		
			元号	年 月 日	
被保険者が勤務している (いた) 事業所の名称					
被保険者である (あった) 期間		元号	年 月 日	から	元号

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	年 月 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。
	年 月 日
	〒 -
	保険者所在地
	保険者名称
	電話番号 ()



受付日付印