

# 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	被保険者証の (右づめ)	記号 9 9 9 9	番号 1 2 3	生年月日 元号 年 月 日 平成 0 2 0 3 2 3
	氏名・印	(フリガナ) アイチ ハナコ	愛知 花子 	
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 000 - 0000)	愛知  	〇〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号 〇〇〇マンション 〇〇〇

※自署の場合は押印を省略できます。

出産した者の	氏名 (フリガナ)	アイチ ハナコ	生年月日 元号 年 月 日	平成 0 2 0 3 2 3
	愛知 花子			
出生児の	氏名 (フリガナ)	アイチ ショウヘイ	生年月日 元号 年 月 日	平成 2 9 0 1 0 1
	愛知 翔平			
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 年 月 日	昭和 6 1 0 4 0 1	から	元号 年 月 日 平成 2 8 1 1 3 0

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	平成 29 年 1 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。			
	平成 29 年 1 月 22 日			
	保険者所在地	〒 000 - 0000 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