

出産育児一時金(出産費)未支給証明願

様

令和 年 月 日現在、健康保険法又は共済組合法の規定に基づく資格喪失後の出産育児一時金(出産費)を支給していないことを証明願います。

元被保険者
記号番号

資格喪失日 令和 年 月 日

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

出 産 日 令和 年 月 日

証明の目的 鳥取県市町村職員共済組合の家族出産費を受給するため

上記のとおり、出産育児一時金(出産費)を支給していないことを証明する。

令和 年 月 日

職名
医療保険者
氏名

留意事項

○この様式は、前の医療保険者から出産育児一時金(出産費)を受けていないことの証明を受ける際にご使用ください。

○家族出産費の請求において、前の被保険者資格(国民健康保険は除く)を喪失してから6月以内の出産にかかる請求の場合は、重複受給を避けるため、前の医療保険者(国民健康保険は除く)から出産費を受けていない旨の証明書が必要となります。