

出産・家族出産育児一時金支給に関する証明願

被保険者証 記号番号	
氏名	(印)
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
住所	
被保険者で あった期間	自 昭和・平成・令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
給付種別	出 産 育 児 一 時 金 家族出産
理 由	

健康保険法の規定に基づく（出産・家族出産育児一時金）の給付を行っていないことを証明願います。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所在地
保険者
名 称

(印)