

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

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

出 産 日

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