

健康保険被保険者(家族)出産育児一時金未払証明書

令和〇年3月10日

セキスイ健康保険組合 御中

請求者が記入するところ	セキスイ健康保険組合の記号・番号 (153 - 440)
	被保険者住所 大阪市〇〇区△△-△△
	被保険者氏名 積口 一夫
	出産者名 積口 良子
	出産年月日 令和〇年3月1日

※ 勤務していた(している)会社ではなく、加入していた(している)健康保険組合、共済組合、社会保険事務所等で証明をもらって下さい。

社会保険事務所・他の健康保険組合 共済組合・国民健康保険等の証明欄	元被保険者又は被保険者氏名	積口 良子 (旧姓) 鈴木	出産者氏名	積口 良子 (旧姓) 鈴木
	被保険者等記号・番号	ト・427・3569	出産年月日	令和〇年3月1日
	出産者の資格取得(扶養認定)年月日	令和〇年4月1日	出産者の資格喪失(扶養抹消)年月日	令和〇年11月30日
	上記について被保険者(家族)出産育児一時金・出産費(家族出産費)の請求がないことを証明します。 ※ 上記について規定等で給付対象とならない場合は、その理由を記入して下さい。 () 令和〇年3月15日 名称 △△健康保険組合 所在地 大阪市〇〇区〇〇町〇-〇 代表者 中山 〇〇 電話 06 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 公印			

(申請理由)

セキスイ健康保険組合より、被保険者(家族)出産育児一時金の支給を受けるため

(提出先)

セキスイ健康保険組合 給付

TEL 06-6226-1463