

健康保険被保険者(家族)出産育児一時金未払証明書

令和 年 月 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 ()
	被保険者 住 所
	被保険者 氏 名
	出産者名
	出産年月日 令和 年 月 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 (旧姓)	出産者氏名 (旧姓)
	被保険者証の記号・番号	出産年月日 令和 年 月 日
	出産者の資格取得(扶養認定)年月日 年 月 日	出産者の資格喪失(扶養抹消)年月日 年 月 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 年 月 日	
	名 称 所 在 地 代 表 者 電 話 ()	

(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 給付係

TEL 06-6226-1463