

証 明 書

平成 年 月 日

健康保険組合 殿

(保険者名)

住 所 県 市 町 1 - 1
(申請者) 氏 名 健保 愛子
記号番号

今般、出産育児一時金 を請求するため、貴組合・社会保険事務所より下記の
家族出産育児一時金
給付を受けていないことを証明願います。

記

給付の種類 出産育児一時金
家族出産育児一時金
分娩した者の氏名 健保 愛子
分娩した者の生年月日 昭和・平成 年 5月 1日
分娩年月日 平成 年 月 日

上記の通り相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

所在地
(保険者)
名 称

印