

証 明 書

平成 年 月 日

殿

(保険者名)

住 所
(申請者)氏 名 印
記号番号

今般、出産育児一時金
家族出産育児一時金
を請求するため、貴組合・社会保険事務所より下記の
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

分娩した者の生年月日 昭和・平成 年 月 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