

証 明 願

社会保険事務所長 } 様
組 合 理 事 長 }

年 月 日現在、健康保険法又は共済組合法の規定に基づく資格喪失後の出産育児一時金(出産費)を支給していないことを証明願います。

} 証明をお願いする年月日を記入してください。

元被保険者
記 号 番 号 _____

資 格 喪 失 日 平・令 年 月 日 _____

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

生 年 月 日 平・令 年 月 日 _____

出 産 日 平・令 年 月 日 _____

} 扶養認定前に加入していた健康保険組合等におけるものを記入してください。
(分からない場合はその健康保険組合等へ確認してください)

} 出産した被扶養者の現住所・現氏名・生年月日・出産日を記入、押印してください。

証 明 の 目 的 神奈川県市町村職員共済組合の家族出産費を受給するため

上記のとおり、出産育児一時金(出産費)を支給していないことを証明する。
(証明者・社会保険事務所長、組合理事長)

年 月 日

証明者 職名
氏名

印

} 扶養認定前に加入していた健康保険組合等から証明を受けてください。