

日本私立学校振興・共済事業団 殿

出産費受給権放棄証明書発行依頼書

私は、下記の健康保険制度に家族出産費（家族出産育児一時金）等の請求をしますので、日本私立学校振興・共済事業団からの資格喪失後出産費の受給権を放棄いたします。

ついては、出産費を支給しない旨の証明書の発行を依頼します。

- 1. 加入者番号
- 2. 加入者氏名
- 3. 加入者生年月日
- 4. 出産年月日
- 5. 出産人数

6. 家族出産費請求先健保名（○をつけてください）

種別 健保・船保・共済・国保・その他（ ）

保険証の記号番号

被保険者氏名

健康保険等の名称

所在地

電話番号

令和 年 月 日

出産者氏名

出産者住所 〒.....

.....

.....

Tel

※この発行依頼書は、出産後に提出してください。