

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。

については、出産費を支給しない旨の証明書の発行を依頼します。

1. 加入者等記号番号
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

被保險者氏名 _____

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 _____

出產者住所 〒.....

.....

.....

Tel

※この発行依頼書は、出産後に提出してください。