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．加入者等記号番号

２．

３．加入者生年月日

４．

５．

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。