

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 13-A-9999-09999
2. 加入者氏名 高橋 恵
3. 加入者生年月日 平成2年4月26日
4. 出産年月日 令和〇年5月15日
5. 出産人数 1人

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 110000000 ・ 〇〇
被保険者氏名 高橋 一郎
健康保険等の名称 全国健康保険協会 東京支部
所在地 東京都品川区大崎5-1-5 高德ビル4階
電話番号 03(5759)8025(代)

令和 〇年 6月 1日

出産者氏名 高橋 恵

出産者住所 〒113-8577

東京都文京区湯島1-7-5

Tel 03(3813)5321

※この発行依頼書は、出産後に提出してください。