

年 月 日

近畿日本ツーリスト健康保険組合
理事長 殿

所在地

保険者名称

代表者氏名

_____ 印

出産育児一時金 不支給証明書

下記の者に対し、(家族) 出産育児一時金を将来に亘り支給しないことを証明します。

1. 被保険者証記号・番号 記号_____ 番号_____ (枝番) _____

2. 被保険者・被扶養者
区分 (○で囲む) 被保険者 被扶養者

3. 分娩者氏名 _____

資格取得年月日 _____ 年 月 日

資格喪失年月日 _____ 年 月 日

分娩年月日 _____ 年 月 日