

○請求者ご本人が**資生堂健康保険組合の資格を喪失されてから6ヵ月以内の出産**である場合は、**現在加入されている健康保険組合から**

○資生堂健康保険組合の被扶養者であるご家族の方が、**前職での被保険者期間が1年以上あり、資格を喪失されてから6ヵ月以内の出産**である場合は、**以前に加入されていた健康保険組合から**

下記の証明を受け、「出産育児一時金請求書」に添付のうえご提出ください。

ただし、国民健康保険に加入の場合は保険証のコピーを添付してください。(不支給証明書は不要)

資生堂健康保険組合 宛

電話番号 03-6218-5375

不 支 給 証 明 書

請求者 記入欄	保険証記号・番号	
	被保険者氏名	
	出産者氏名	
	出産年月日	年 月 日
	出産児氏名	
保険者 記入欄	出産者の扶養認定日 又は貴組合加入期間	年 月 日から 年 月 日まで
	<p>当健康保険組合では、上記の者の 出産育児一時金 を支給していないことを証明します。 家族出産育児一時金 (該当する方を○で囲んでください)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>名称 印</p> <p>電話番号</p> <p>(担当者氏名)</p>	