

記入見本

○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	〇〇〇-〇〇〇〇
	被保険者氏名	〇〇〇〇
	出産者氏名	〇〇〇〇
	出産年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	出産児氏名	〇〇〇〇
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
	当健康保険組合では、上記の者の 出産育児一時金 家族出産育児一時金 を支給していないことを証明します。 (該当する方を○で囲んでください)	
	年 月 日	
	所在地	
	名称	印
電話番号		
(担当者氏名		)

出産された方が現在加入されている健康保険組合、または、扶養認定前に加入されていた健康保険組合で記入してもらってください。