

被保険者 各位

田辺ファーマ健康保険組合

他の健保組合等の被保険者であった者が現在当健保組合の被扶養者で、他の健保組合の資格喪失後6ヶ月以内に出産された場合は、資格喪失前に加入されていた保険者（健康保険組合または協会けんぽ等）に下記の証明書を記入いただき、提出してください。

なお、国民健康保険に加入されていた場合は、「資格喪失証明書」の添付をお願いします。

内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

田辺ファーマ健康保険組合理事長殿

出産育児一時金不支給証明書

保 険 証 記 号・番 号	* * * - * * * * *
被 保 険 者 氏 名	健保 花子
資 格 取 得 日	平成・令和 * * 年 * * 月 * * 日
資 格 喪 失 日	令和 * * 年 * * 月 * * 日

上記被保険者 健保 花子 に係る出産育児一時金は、支給していないことを証明いたします。

令和 \* \* 年 \* \* 月 \* \* 日

住 所 ○○市△△7-8-9

保険者名 ○○○○○健康保険組合

電話 \* \* - \* \* \* \* - \* \* \*