

- 請求者ご本人が山崎製パン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等から
- 山崎製パン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等から

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下さい。

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下さい。(不支給証明書は不要)

山崎製パン健康保険組合 御中

不支給証明書

請求者記入欄	保険証記号・番号	16 01 - 123456
	被保険者氏名	健康 太郎
	出産者氏名	健康 保子
	出産年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
	出産児氏名	健康 桃子
保険者記入欄	出産者の扶養認定日 又は貴組合加入期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇〇月〇〇日
	<p>当健康保険組合では、上記の者の <u>出産育児一時金</u> を支給していないことを証明します。</p> <p>家族出産育児一時金 (該当する方を○で囲んで下さい。)</p> <p style="text-align: right;">令和〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>所在地 東京都〇〇区△△町1-15</p> <p>名称 中央××健康保険組合 印</p> <p>電話番号 00-0000-0000</p> <p>(担当者氏名 組合 次郎)</p>	