

N X グループ健康保険組合 御中

## 出産育児一時金・家族出産育児一時金についての証明書

下記被保険者について、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、また今後請求があっても支給しないことを証明いたします。

### 記

被保険者氏名

\_\_\_\_\_

被保険者等 記号・番号

-

分娩者氏名

\_\_\_\_\_

分娩年月日

\_\_\_\_\_ 年 月 日

分娩者資格取得日

\_\_\_\_\_ 年 月 日

分娩者資格喪失日

\_\_\_\_\_ 年 月 日

年 月 日

保険者 住所

名称

電話番号

以上