

出産育児一時金（出産費）受給権放棄申出書

元被保険者
記号・番号

記号

番号

資格喪失日

年

月

日

氏名

生年月日

年

月

日

私は、
年 月 日に出産したことにより、健康保険法または共済組
法の規定に基づく資格喪失後の出産育児一時金（出産費）の受給権を有しておりますが、当
該受給権については放棄することを申し出ます。

上記のとおり申出があったことを証明します。

（証明者：年金事務所長、組合理事長）

令和 年 月 日

職名

証明者

氏名

印

出産育児一時金（出産費）受給権放棄申出書

元被保険者 記号・番号	記号	9999	番号	99999
資格喪失日	令和 X 年	XX 月	XX 日	
氏名	〇〇 〇〇			
生年月日	平成 XX 年	XX 月	XX 日	

私は、令和 X 年 XX 月 XX 日に出産したことにより、健康保険法または共済組合法の規定に基づく資格喪失後の出産育児一時金（出産費）の受給権を有しておりますが、当該受給権については放棄することを申し出ます。

上記のとおり申出があったことを証明します。

（証明者：年金事務所長、組合理事長）

令和 X 年 XX 月 XX 日

職名 〇〇〇〇健康保険組合 理事長
証明者
氏名 〇〇 〇〇

長