

出産手当金証明書

資格 情報	被保険者の記号・番号		記号		番号	
	対象者	氏名				被保険者 (世帯主又は組合員) との関係
		生年月日	年	月	日生	
	対象者が被扶養者(家族)のとき、 被保険者(世帯主又は組合員)の氏名					
対象者の加入期間		年	月	日	～ 年 月 日 継続中	

東京都職員共済組合へ出産手当金を請求するに当たり、上記について相違ないことを証明願います。

年 月 日

住所

氏名



保険者様

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

証明者(保険者) 所在地

名称

電話



- この証明書は、1年以上東京都職員共済組合の組合員であった者が次のいずれかに該当し、退職後の出産手当金の給付を請求する場合に添付してください。
 - 資格喪失後、42日以内に出産日あるいは出産予定日がある場合
 - 出産後56日以内に退職日があるとき
- 退職後に他の健康保険組合の組合員(被保険者)になっている場合は、退職後の給付は支給対象外となります。
- 証明内容が同じであれば、他保険者所定の様式を使用してもかまいません。

記入例

退職後に出産者(対象者)が加入した健康保険組合又は国民健康保険の資格情報を記入してください。

出産手当金証明書

資格情報	被保険者の記号・番号		記号	あ123	番号	12345	
	対象者	氏名	共済花子			被保険者(世帯主又は組合員)との関係	妻
		生年月日	平成〇〇年8月15日生				
	対象者が被扶養者(家族)のとき、被保険者(世帯主又は組合員)の氏名		共済太郎				
対象者の加入期間		令和〇〇年〇月〇日			～	年月日	継続中

東京都職員共済組合へ出産手当金を請求するに当たり、上記について相違ないことを証明願います。

年月日

請求年月日を記入してください。

住所 新宿区中央〇-〇-〇

氏名 共済花子

共済印

保険者様

請求者名は、保険組合等に確認してください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年月日

証明年月日を記入してください。

証明者(保険者)

所在地 東京都新宿区西新宿〇-〇-〇

名称 〇〇〇健康保険組合

電話 03(XXXX)XXXX

公印

退職後に加入した健康保険組合又は国民健康保険の証明が必要です。

- この証明書は、1年以上東京都職員共済組合の組合員であった者が次のいずれかに該当し、退職後の出産手当金の給付を請求する場合に添付してください。
 - 資格喪失後、42日以内に出産日あるいは出産予定日がある場合
 - 出産後56日以内に退職日があるとき
- 退職後に他の健康保険組合の組合員(被保険者)になっている場合は、退職後の給付は支給対象外となります。
- 証明内容が同じであれば、他保険者所定の様式を使用してもかまいません。