

出産費の請求に係る証明書

保 険 者 様

東京都職員共済組合へ出産費（家族出産費）を請求するに当たり、下表の事項について証明願います。

なお、貴健康保険組合への出産育児一時金（同種の給付を含む。）の請求権は、放棄いたします。

年 月 日

住 所

氏 名

印

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	
出 産 日		年 月 日	

上記の対象者について、以下の証明日時点において、出産育児一時金（同種の給付を含む。）の支給を行っていないことを証明します。

年 月 日

証 明 者 保険者所在地

保 険 者 名 称

印

電 話

注1 この「証明書」は、次の請求の場合に添付してください。

(1) 元組合員の場合：資格喪失後、6か月以内の出産に伴う給付金の請求

(2) 被扶養者の場合：被扶養者認定日から、6か月以内の出産に伴う給付金の請求

注2 資格喪失後の給付は、東京都職員共済組合の組合員であった人の出産が対象となり、被扶養者であった家族の出産は対象外です。

注3 出産前6か月の期間に加入していた東京都職員共済組合以外の保険者の証明書を添付してください。

注4 国民健康保険に加入していた場合、この証明書に係る給付は東京都職員共済組合からの給付が優先されますので、請求権放棄の文言は不要です。

注5 この様式と証明内容が同じであれば他保険者所定の様式でかまいません。

記入例

出産費の請求に係る証明書

保険者様

東京都職員共済組合へ出産費（家族出産費）を請求するに当たり、下表の事項について証明願います。

なお、貴健康保険組合への出産育児一時金（同種の給付を含む。）の請求権は、放棄いたします。

申請年月日を記入

年 月 日

他保険者への出産育児一時金（同種の給付を含む。）の請求権を持つ方が署名してください。

出産前6か月の期間に出産者（対象者）が加入していた東京都職員共済組合以外の保険者の資格情報を記入してください。

住所 新宿区戸山3-17-1

氏名 共済太郎

印

被保険者の記号・番号		記号	あ123	番号	789	
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 6年 2月 14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 6年 4月 1日 ~ 年 月 日				
出産日		令和 6年 7月 30日				

上記の対象者について、以下の証明日時点において、出産育児一時金（同種の給付を含む。）の支給を行っていないことを証明します。

年 月 日

証明者

証明年月日を記入

勤務先の会社等の証明ではなく、出産前6か月の期間に加入していた保険者の証明をもらってください。

保険者所在地 東京都新宿区西新宿2-8-1

保険者名称 ○×△健康保険組合 印

電話 03(XXXX)△△△△

注1 この「証明書」は、次の請求の場合に添付してください。

(1) 元組合員の場合：資格喪失後、6か月以内の出産に伴う給付金の請求

(2) 被扶養者の場合：被扶養者認定日から、6か月以内の出産に伴う給付金の請求

注2 資格喪失後の給付は、東京都職員共済組合の組合員であった人の出産が対象となり、被扶養者であった家族の出産は対象外です。

注3 出産前6か月の期間に加入していた東京都職員共済組合以外の保険者の証明書を添付してください。

注4 国民健康保険に加入していた場合、この証明書に係る給付は東京都職員共済組合からの給付が優先されますので、請求権放棄の文言は不要です。

注5 この様式と証明内容が同じであれば他保険者所定の様式でかまいません。