

# 出産手当金証明書

資格 関係	被保険者証の記号番号		記号		番号	
	対象者	氏名				被保険者 (世帯主) との関係
		生年月日	年	月	日生	
	被保険者(世帯主)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



- この証明願は、次の請求の場合に添付してください。
  - 資格喪失後、42日以内に出産した場合
  - 組合員であった時に出産し、退職した場合
- 記載内容が同じであれば他の様式を使用してもかまいません。

# 記入例

## 出産手当金証明書

資格 関係	被保険者証の記号番号		記号	〇〇〇	番号	12345	
	対象者	氏名	共済花子			被保険者 (世帯主) との関係	妻
		生年月日	平成 〇〇年8月15日生				
	被保険者(世帯主)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

請求者名は、保険組合に確認してください。

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  
実際の署名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(5555)8888

保険組合又は国民健康保険の証明が必要です。

- この証明願は、次の請求の場合に添付してください。
  - 資格喪失後、42日以内に出産した場合
  - 組合員であった時に出産し、退職した場合
- 記載内容が同じであれば他の様式を使用してもかまいません。