

# 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お産育児一時金（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

被保険者証の記号番号		記号	番号
対象者	氏 名	組合員（世帯主）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、組合員（世帯主）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

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 東京都職員共済組合加入期間と通算して、出産前6か月以上、継続して健康保険制度に加入していたことが分かる証明書を添付してください。

注3 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、他保険（東京都職員共済組合の健康保険等）が優先されますので、請求権放棄の文言は不要です。

注4 この様式と記載内容が同じであれば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お産育児一時金（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

住所 新宿区戸山3-17-1

氏名 共済太郎

印

各項目の記載方法等は、必ず証明者に確認してください。

被保険者証の記号番号	記号	あ123	番号	789	
対象者	氏名	共済花子		組合員（世帯主）との関係	妻
	生年月日	昭和 62年 2月 14日生			
対象者が被扶養者（家族）のとき、組合員（世帯主）の氏名		共済太郎			
対象者の加入期間		平成 27年 7月 1日 ~ 令和 元年 6月 25日			
出産日		令和 元年 7月 30日			

証明年月日を記入

上記のとおり間違いのないことを証明します。

年 月 日

加入していた保険者の証明をもらってください。以前勤務していた会社の証明は不可

証明者 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(5320)9999

注1 この「証明書」は、次の請求の場合に添付してください。

- 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
- 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 東京都職員共済組合加入期間と通算して、出産前6か月以上、継続して健康保険制度に加入していたことが分かる証明書を添付してください。

注3 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、他保険（東京都職員共済組合の健康保険等）が優先されますので、請求権放棄の文言は不要です。

注4 この様式と記載内容が同じであれば保険者所定の様式でかまいません。