



出産費
 埋葬料 受給権等証明書

組合員証 記号番号	111 — 123	組合員氏名	共 済 太 郎	所属所名	〇〇市
共済組合の被扶養者認定前6月に係る社会保険加入状況及び退職後の給付受給等について (右の該当する事項に○印を付け、記入してください。)	<p>1 私の被扶養者（ ）は、共済組合の被扶養者認定前は、国民健康保険法の被保険者であった。</p> <p>2 私の被扶養者（ 共済 花子 ）は、共済組合の被扶養者認定前は、平成〇〇年4月1日から平成〇〇年2月28日まで 〇〇株式会社 に勤務し、健康保険法に基づく被保険者又は他の法律に基づく共済組合の組合員であった。</p> <p>〔 A 上記のところへ勤務していたが、退職後の出産費又は埋葬料の受給権はない。 〕</p> <p>〔 B 上記のところへ勤務していたが、退職後の出産費又は埋葬料の受給権を放棄した。 ※保険者名及び連絡先を記入願います。 〕</p> <p>保険者名 〇〇〇〇健康保険組合 連絡先 012 - 345 - 6789</p> <p>3 私の被扶養者（ ）は、共済組合の被扶養者認定前は、私が平成 年 月 日から平成 年 月 日まで に勤務していた期間も被扶養者であった。</p> <p>4 その他（ ）</p>				
退職（資格喪失）後、6か月以内に 出産費を請求した場合	<p>現在加入している社会保険（ ） において、出産費の受給権を放棄した。</p> <p>保険者名 連絡先 — —</p>				
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>平成 〇〇 年 5 月 10 日</p> <p>青森県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: right;">組 合 員 住所 〇〇市××1-2-3 氏 名 共 済 太 郎 </p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>平成 〇〇 年 5 月 11 日</p> <p style="text-align: right;">所属所長 職名 〇〇市長 氏 名 〇 〇 〇 〇 </p>					