□ 出 産 費
□ 埋 葬 料　受給権等証明書

組合員証記号番号	―	組合員氏名		所属所名	

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。）

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。

2　私の被扶養者（　　）は、共済組合の被扶養者認定前は、平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日まで　　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。

（
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。
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。**
保険者名
連 絡 先　　－　　－
）

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。

4　その他（　　）

退職（資格喪失）後、６か月以内に出産費を請求した場合

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。
保険者名
連 絡 先　　－　　－

上記のとおり相違ありません。

平成　　年　　月　　日

青森県市町村職員共済組合理事長　様

組 合 員　住所
氏名　　㊞

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成　　年　　月　　日

所属所長　職名
氏名　　印