

保険給付金不支給証明書

- 1 被保険者証 記号 番号
- 2 被保険者名
- 3 資格取得日 年 月 日
- 4 資格喪失日 年 月 日
- 5 出生日 年 月 日

上記について（被保険者・家族）出産育児一時金を支給していないことを証明します。

令和 年 月 日

保険者所在地

保 険 者 名

印