

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。

平成 年 月 日

保険者所在地

保 險 者 名

印

A1018-0305