

【記入要項】

出産育児一時金の重複給付を避けるために、以下(1)又は(2)に該当する場合は「不支給証明書」をご提出ください。

- (1) コニカミノルタ健康保険組合の**被保険者資格喪失後6ヶ月以内**に出産或いは出産予定で、現在は他の健康保険に加入しているが、コニカミノルタ健康保険組合に出産育児一時金（受取代理を含む）を請求する場合
⇒現在加入している健康保険より以下の「不支給証明書」を交付してもらい、ご提出ください。
- (2) コニカミノルタ健康保険組合に**被保険者及び被扶養者**として**資格取得後6ヶ月以内**に出産或いは出産予定で、出産育児一時金・家族出産育児一時金（受取代理を含む）を請求する場合
⇒以前加入していた健康保険より以下の「不支給証明書」を交付してもらい、ご提出ください。
※以前加入していた保険が**国民健康保険**の場合や以前も家族の**被扶養者の場合は、「不支給証明書」提出不要**

【注意】

- * 「不支給証明書交付願い」を記入の上、該当の保険者（健康保険等）より証明を受けてください。
- * 本用紙は、切り離さず、そのままご提出ください。
- * 受取代理「出産育児一時金請求書(事前申請用)」申請の場合は、出産日等は予定でご記入ください。

「出産育児一時金・家族出産育児一時金 不支給証明書」交付願い

※被保険者がご記入ください

■証明書交付依頼先の保険に関すること

被保険者（であった時）の氏名	健保 花子
被保険者生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ** 年 ** 月 ** 日

■出産に関すること

出産者氏名	健保 花子
出産者生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ** 年 ** 月 ** 日
<input checked="" type="checkbox"/> 出産日 <input type="checkbox"/> 出産予定日	<input checked="" type="checkbox"/> 令和 ** 年 ** 月 ** 日

■連絡先

住所（現在お住いの住所）	東京都八王子市〇〇町1-2
電話番号 ※日中の連絡先	*** - **** - ****

コニカミノルタ健康保険組合より出産育児一時金・家族出産育児一時金を受けるため以下の証明をお願いします。

コニカミノルタ健康保険組合 御中

※前加入健保より証明を受けてください

出産育児一時金・家族出産育児一時金 不支給証明書

被保険者記号・番号	**_*****
被保険者氏名	健保 花子
出産者氏名	健保 花子
<input checked="" type="checkbox"/> 出産日 <input type="checkbox"/> 出産予定日	<input checked="" type="checkbox"/> 令和 ** 年 ** 月 ** 日
出産者資格取得日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ** 年 ** 月 ** 日
出産者資格喪失日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ** 年 ** 月 ** 日

上記の出産に関して出産育児一時金・家族出産育児一時金を現在また将来も支給しないことを証明します。

令和 ** 年 ** 月 ** 日

保険者 所在地 東京都中野区〇〇9-10 〇〇ビル 3F
名称 △△△△健康保険組合