（別紙１）

ロジスティード健康保険組合 御中

出産育児一時金・家族出産育児一時金　不支給証明書

下記の者について、出産育児一時金・家族出産育児一時金　を支給していないこと、また今後請求があっても支給しないことを証明します。

記

被保険者等記号・番号		被保険者(であった者)の氏名	
資格取得年月日	平成・令和　　年　　月　　日	資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日
出産者氏名		出産年月日	令和　　年　　月　　日

令和　　年　　月　　日

所在地
保険者　名　　称　　(印)
電話番号

以上

《注意事項》

本証明書は、下記に該当する方が「出産育児一時金」をロジスティード健康保険組合へ請求される場合に必要となります。

1. ロジスティード健康保険組合の被保険者資格が１年以上あった方が、**資格喪失後６ヶ月以内に出産した場合**
　⇒ 現在加入している健保組合に証明してもらってください。

2. 他健保で被保険者資格が１年以上あった方が、ロジスティード健康保険組合の**被扶養者として認定後６ヶ月以内に出産した場合**
　⇒ 以前加入していた健保組合に証明してもらってください
　　但し、以前の加入健保が国民健康保険の場合や、以前も被扶養者であった場合は本証明書の提出は不要です。

受付日付印