

<記入要項>

オリンパス健康保険組合の被保険者資格喪失後6ヶ月以内に出産、またはオリンパス健康保険組合の被扶養者として認定された後6ヶ月以内に出産した方で、以下にあてはまる場合は他健康保険との重複給付を避けるため、「不支給証明書」の提出が必要です。

◆オリンパス健保の被保険者資格喪失後6ヶ月以内に出産し、現在は他の保険に加入しているが、オリンパス健保に出産育児一時金を請求する場合。

→現在加入している健康保険・共済組合より下記様式による不支給証明書を作成してもらい、提出してください。

◆家族が以前“被保険者(本人)”として加入していた健康保険の資格喪失後6ヶ月以内に出産し、オリンパス健保に家族出産育児一時金を請求する場合。

→以前加入していた健康保険・共済組合等より下記様式による不支給証明書を作成してもらい、提出してください。ただし、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だった方は不支給証明書の提出は不要です。

オリンパス健康保険組合 御中

出産育児一時金・家族出産育児一時金 不支給証明書

下記の者に対して出産育児一時金・家族出産育児一時金は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いたします。

記

記号・番号	記号	11	番号	1234
被保険者氏名	健保 花子			
分娩者氏名	健保 花子			
生年月日	昭和51年9月6日			
分娩日	平成19年11月24日			
分娩者資格取得日	平成10年4月1日			
分娩者資格喪失日	平成19年11月1日			

平成 年 月 日

現在加入している健康保険・共済組合
もしくは、
以前加入していた健康保険・共済組合
などより署名捺印をもらってください。

保険者 所在地

名称

印

TEL