

【別紙】

被扶養者に認定されてから6か月以内に分娩した場合下記について証明してください。

被  
保  
険  
者  
記  
入  
欄

被保険者名 \_\_\_\_\_ 被扶養者名 \_\_\_\_\_

① 総合警備保障健康保険組合の被扶養者に認定される前について  
(該当する方に○をつけてください。)

ア. 勤務したことがある                          イ. 勤務したことがない

② 認定される前の健康保険は何でしたか(該当する方に○をつけてください。)

ア. 社会保険 { 本人                          イ. 国民健康保険  
                  { 家族

保険者名		記号		番号	
------	--	----	--	----	--

③ ①でアに○をつけた方は次に教えてください

1. 勤務先名称	
2. 勤務先所在地	
3. 勤務期間	自 平・令      年      月      日
	至 平・令      年      月      日
4. 勤務していた時の保険者(協会けんぽ又は健康保険組合)への請求の有無について (該当するものについて○をつけてください。)	
(1) 出産育児一時金を請求した	
(2) 出産育児一時金を請求しない (理由 _____ )	
(3) 請求できなかった (理由 _____ )	

◎ 勤務期間が1年以上ある場合は保険者証明を受けてください。

保  
険  
者  
証  
明  
欄

上記の者について出産育児一時金を { 支給した                          }  
   { 支給していない                      } ことを証明します。

年      月      日

保 険 者 名

※ 保険者証明欄の証明は配偶者の勤務していた会社ではなく管轄していた保険者です。