

受給権を放棄する旨の口述書

私は、以前加入していました 全国健康保険協会 東京支部 からの
資格喪失後の出産費（出産育児一時金）の受給権を放棄します。

また、認定前に加入していた医療保険制度に、この件について連絡することを
了承します。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

日本私立学校振興・共済事業団
理 事 長 殿

出産者氏名 高橋 恵

※「受給権を放棄する旨の口述書」について

出産者が被扶養者に認定される以前に加入していた健康保険等（国民健康保険を除く）の資格喪失後の出産費（または出産育児一時金）の受給権を有する場合（被保険者が資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合は、前に加入していた健康保険等（国民健康保険を除く）の出産費（または出産育児一時金）に関する「受給権放棄した旨の証明書」の交付を受けて請求書に添付してください。以前に加入していた健康保険等の証明書の交付が受けられない場合には、上記の「受給権を放棄する旨の口述書」に記入してください。