

受給権放棄申出書

令和 年 月 日

元所属事業所名

(勤務先)

退職日

年 月 日

住 所

氏 名

(代理人)

私(の被扶養者)は、貴健康保険法又は共済組合法

出産育児一時金(出産費)

に基づく資格喪失後の

の受給資格を有しており

埋 葬 料

平成

出 産

ますが、

年 月 日

に伴う当該受給権を放棄い

令和

死 亡

たします。

上記放棄申出書により支給しないことを証明します。

令和 年 月 日

保 険 者 名

印

※埋葬料の場合には、代理人(家族埋葬料請求者)が証明を受けてください。