

受給権放棄申出書

令和 〇年 6月 1日

元所属事業所名 **株式会社 〇〇〇〇**
(勤務先)

退職日 **令和 〇年 3月 1日**

住 所 **〇〇市〇〇町4-3-2**

氏 名 **共 済 太 郎**
(代理人)

組合員または該
当被扶養者名

私 (の被扶養者 **共 済 一**) 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 **埋 葬 料** の受給資格を有しており

平成 出 産
ますが、 〇年 5月 8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 〇〇年 6 月 1 日

健康保険組合ではなく、元勤務先等の証明
でも構いません。

保 険 者 名 〇〇健康保険組合 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。