

出産育児一時金(支給・不支給)証明書
(ポーラ・オルビスグループ被扶養者用)

当健康保険組合の元被保険者 健康 花子 に対する「出産育児一時金」
支給の有無について、下記のとおり証明いたします。

記

既に支給した。
令和 年 月 日支給済み

請求があったので支給する予定。
令和 年 月 日支給予定

今後とも支給予定は無い。
尚、今後申請を受け支給する場合には、貴健康保険組合宛に連絡を
いたします。

ポーラ・オルビスグループ健康保険組合 殿

令和 年 月 日
<保険者>
住所 この欄は記入しないで下さい。

保険者名 _____ 印
電話 _____
_____ () _____

被扶養者 ポーラ 花子 の出産育児一時金支給申請が当健保組合へ請求されましたので、現在貴健康保険組合としての「支給・不支給証明」を上記へお願いいたします。尚、該当項目□にチェックし、支給済又は支給予定のある場合には該当年月日のご記入をお願いいたします。

〒141-0031
東京都品川区西五反田 2-19-3
ポーラ・オルビスグループ健康保険組合
TEL 03-3490-0845