

健康保険法等の規定による
給付金の受給権放棄申請書

令和 年 月 日出産（資格喪失後）した _____
の分娩費については、地方公務員等共済組合法（昭和 37 年法律第 152 号）
第 63 条の規定による家族出産費を受給するため（地方職員共済組合沖縄
県支部長へ請求）、健康保険法等の分娩費の受給権を放棄します。

_____ 殿

令和 年 月 日

住 所 _____

出 産 者 氏 名 _____

出 産 者 生 年 月 日 _____

出 産 児 氏 名 _____

出 産 者 元 職 場 名 称 _____

地方職員共済組合沖縄県支部への請求額

家 族 出 産 費 4 2 0, 0 0 0 円

家 族 出 産 費 附 加 金 3 0, 0 0 0 円

地方職員共済組合沖縄県支部の組合番号 3 2 4 7 0 1 1 4

上記のことについて、受理したことを証明します。

令和 年 月 日

取 扱 機 関 名 _____ 公印