

- 請求者ご本人が山崎製パン健康保険組合の資格を喪失されてから6ヵ月以内の出産である場合は、**現在加入されている健康保険組合等から不支給証明書を作成してもらい提出ください。**
- 山崎製パン健康保険組合の被扶養者であるご家族の方が、前職での被保険者期間が1年以上あり、**資格を喪失されてから6ヵ月以内の出産である場合は、以前に加入されていた健康保険組合等から不支給証明書を作成してもらい提出ください。**

山崎製パン健康保険組合 御中

被 保 險 者 記 入 欄	記 号 ・ 番 号	16	—
	被 保 險 者 氏 名		
	出 産 者 氏 名		
	出 産 年 月 日	令和	年 月 日
	出 産 児 氏 名		