

出産育児一時金(支給・不支給)証明書  
(ポーラ・オルビスグループ元被保険者用)

当健康保険組合の被保険者\_\_\_\_\_の家族に対する「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

保険者名

印

電話

( ) -

元被保険者\_\_\_\_\_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の被扶養者としての「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