

支給金額	円
資格取得年月日	年 月 日
資格喪失年月日	年 月 日

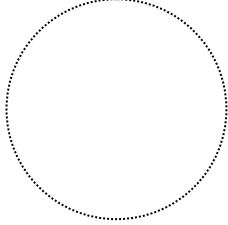
常務理事	事務長	担当

- 被保険者
 被扶養者

出産育児一時金請求書

愛知製鋼健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者資格情報 記号・番号		会社名					
被保険者氏名	Ⓜ	生年月日	昭和 平成	年 月 日			
被保険者の住所	〒 - Tel () -						
出産した年月日	令和 年 月 日	生死産の別	生産・死産				
出生児の氏名				出生児の続柄			
被扶養者が 出産したとき	分娩された 方の氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日	続柄	
	出産日以前6ヶ月 以内に就職されて いましたか?	いいえ・はい		その時に加入していた健 保組合に出産育児一時金 を請求されましたか?		はい・いいえ	
受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者（請求者）氏名 Ⓜ					受付日付印 	
	代理人の 氏名と印	(フリガナ)	Ⓜ				
	代理人の 住所	〒 -					

医師・助産師 又は市区町村長の 証明	出産年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)	
	出生児の数	単胎・多胎 (児)			
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住所(所在地) 職名(医師・助産師) 氏名 Ⓜ Tel () -				
	本籍			筆頭者氏名	
	出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名		出生生年月日
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 市区町村長名 Ⓜ					

添付書類：領収書

保険給付を受ける権利の時効(消滅期間)は2年間です。

給付金は「医療費のお知らせ及び保険給付決定通知」でご確認下さい。

- ・給与上乘せ