

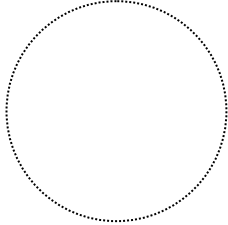
支給金額	円
資格取得年月日	年 月 日
資格喪失年月日	年 月 日

常務理事	事務長	担当

□ 被保険者 **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 6年 12月 10日

被保険者資格情報 記号・番号	10	123456	会社名	愛知製鋼 株式会社		
被保険者氏名	愛知 太郎		生年月日	昭和 平成	2年 4月 20日	
被保険者の住所	〒476-0003 東海市荒尾町大脇24番地			TEL (052) 111-1111		
出産した年月日	令和 6年 11月 15日		生死産の別	生産・死産		
出生児の氏名	愛知 一郎			出生児の続柄	長女	
被扶養者が 出産したとき	分娩された 方の氏名	愛知 花子	生年月日	昭和 平成	5年 5月 10日	
	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。			受付日付印 		
	令和 年 月 日					
	被保険者（請求者）氏名					
	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		
	出生児の数	単胎・多胎 (児)		(妊娠第 月又は第 週)		
	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					
	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	令和 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					

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。
給付金は給与上乘せです。