

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

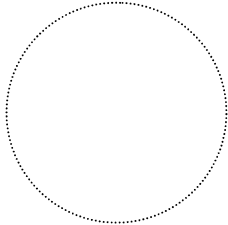
常務理事	事務長	担当

- 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

平成 年 月 日

健康保険証の 記号・番号		事業所名			
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	平成 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	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。				受付日付印 
	平成 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	平成 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 ヶ月又は第 週)	
	上記のとおり相違ないことを証明します。				平成 年 月 日
	職名(医師・助産師) 住所(所在地) 氏名 ㊦ Tel ( ) -				
	本籍			筆頭者氏名	
出生届出日	平成 年 月 日	出生児氏名	出生生年月日	平成 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明します。				平成 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。

- ・愛知製鋼(株)の方は給与上乘せ ・他事業所の方は届出されている口座振込