

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

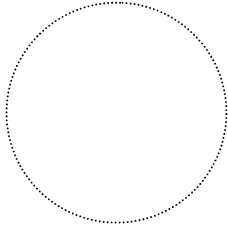
常務理事	事務長	担当

- 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	10	123456	事業所名	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	50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	平成 18年 6月 3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	次男	
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	55年 4月 20日	続柄	妻
	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。					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