

(経路)所属事業主社会保険担当→愛三工業健康保険組合

平成〇〇年〇〇月〇〇日

# 被保険者出産育児一時金請求書

受 付 印	
健保組合	事業所

- 1...愛三
- 2...労組
- 3...愛協
- 4...ACS
- 5...愛熊

合 記 入

常務理事

**直接払制度を利用せず全額窓口で支払った方が対象です**  
**【添付書類】**  
**①領収書**

あなたが記入するところ

医師・助産師・市区町村長のいずれかが証明する欄

社員 番号	〇〇〇〇〇〇				所 属	愛三工業(株)	愛三工業労組	被保険者 氏 名	愛三 良子 (印)		
					事業所	愛協産業(株)	ACS(株)				
被 保 険 者 証 記号	番	号			所 属	本 社	安城工場 豊田工場 その他	自 宅 住 所			
〇	〇	〇	〇	〇	部 署	〇〇部〇〇室〇〇G		〇〇市〇〇町・・・			
被保険者 生年月日	S〇〇年 〇〇月 〇〇日				出 生 児 氏 名	愛三 三郎					
出生児は被保険者の 被扶養者であるかどうか	ある ・ ない				出 生 児 生年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日					
					出 生 児 続 柄	三男					
助 産 師 又 の 証 明	分 娩 年月日	年 月 日 男・女				生 産 又 は 死産の別	生 産 死 産 (妊 娠 〇 月 〇 週)				
	出生児 の数	単胎 多胎 ( 〇 人)				備 考					
	上記のとおり相違ないことを証明します。						平 成	年	月	日	(印)
の 市 区 証 明 町 村 長	本 籍					筆 頭 者 氏 名					
	出 生 日	平 成	年	月	日	出 生 児 氏 名	出 生 届 出 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	(印)
事 業 主 の 証 明	上記のとおり相違ないことを証明します。						平 成	年	月	日	(印)
	事業主の所在地 名称 氏名						(印)	記載者氏名			
組 合 記 入 欄	支 給 決 定 額					備 考					
	支 給 区 分	銀行振込				支 給 決 定 年 月 日	平 成 年 月 日				

※産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産の場合は、産科医療補償制度に加入している旨のスタンプ印が押された領収書のコピーを添付して、ご提出ください。

※健保からの給付金は、給与の振込口座に振込みをさせていただきますので、ご了承ください。支給時には給付金支給決定通知書を送付させていただきますので、ご確認ください。