(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　　年　　月　　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

C／#	58	整理No.	組合記入

常務理事		

あなたが記入するところ	社員番号		所属事業所	愛三工業(株)　愛三工業労組 愛協産業(株)　ＡＣＳ(株) 愛三熊本(株)　任意継続	被保険者氏名	印
	被保険者証 記号	番号	所属部署	本社 安城工場 豊田工場 その他	自宅住所 〒 TEL	
	被保険者生年月日	年　月　日	出生児氏名			
	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　年　月　日		
			出生児続柄			

医師・助産師・市区町村長のいずれかが証明する欄	医師又は助産師の証明	分娩年月日	年　月　日　男・女	生産又は死産の別	生産　死産　(妊娠　ヶ月　週)
		出生児の数	単胎　多胎（　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 医療施設の所在地 名称 医師・助産師名　印			
	市区町村長の証明	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 市区町村長名　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 事業主の所在地 名称 氏名　印　記載者氏名　印			
	組合記入欄	支給決定額	円	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。