

(経路) 所属事業所社会保険担当→愛三工業健康保険組合

令和 年 月 日

家族出産育児一時金請求書

C / #	78	整	組 合 記 入			
		理				
		No.				

常務理事		
------	--	--

受 付 印	
健保組合	事業所

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) A C S (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								
	家 族 の 氏 名													
医 師 ・ 助 産 師 ・ 市 区 町 村 長 の い ず れ か が 証 明 す る 欄	家 族 の 生年月日	年 月 日				出生児の 生年月日	平成 令和	年	月	日				
	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 の 続 柄								
	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								
市 区 町 村 長 の 証 明	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日													
	医療施設の所在地 名称 医師・助産師名										(印)			
	本籍					筆頭者 氏 名								
	出生日	平成 令和	年	月	日	出生児 氏 名					出 生 届出日	平成 令和	年	月
事 業 主 証 明	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 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			令和 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。