

支給額		円	常務理事	事務長	課長	係長	係員
取得	年	月	日				
喪失	年	月	日				

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

記入例

◎裏面の記入上の注意をよく読んでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		③被保険者 (請求者) の氏名と印	(フリガナ) アイハン ケンイチ	④ 生 年 月 日		
	①	②		愛販 健一	5: 昭	7: 平	
	00	000000			00	000000	
	⑦ 名 称		〇〇××販売株式会社				
	⑧ 所 在 地		名古屋市中区栄 00-00-00				
	被保険者 (請求者) の 住 所	⑤郵便番号	(フリガナ) ナゴヤシ ナカク サカエ	Tel (000) 000 - 0000			
		00000000	名古屋市中区栄 2-10-19				
	被扶養者が出産したため の請求であるときは、 その者の氏名・生年月日		⑦ 氏 名	愛販 康子	⑨ 生年月日	平成 00 年 00 月 00 日生	
					昭和		
	⑥ 出産した 年 月 日	平成 00 年 00 月 00 日	⑦ 生産児数	⑧ 死産児数	⑨ 生産・ 死産の別	⑩ 妊 娠 経過期間	
		1 人		生 産	0 ヶ月 00 週		
入院して出産した ときはその病院・ 産院の名称・所在地		⑪ 名 称	〇〇〇病院	⑫ 所 在 地	名古屋市中区栄 00-00-00		
⑬ 出生児の 氏 名		(フリガナ) アイハン ヤスエ	⑭ 被 保 険 者 と 出生児の続柄		長女		
		愛販 保恵					
⑮ ※分娩日が当組合の被保険者資格喪失後 6 か月以内の場合、もしくは当組合の被扶養者資格取得後 6 か月以内の場合にご記入ください。(該当欄に記入もしくは○を付してください)							
⑯ ①出産した方が出産したときに加入していた健康保険について							
保険者名		① 愛知県自動車販売健康保険組合 ② 国民健康保険 ③ その他 ()		記号番号	・		
				加入していた ときの資格	(i)被保険者 (ii)被扶養者		
⑰ ②出産した方が現在加入している健康保険の前に加入していた健康保険について							
保険者名		④ 愛知県自動車販売健康保険組合 ⑤ 国民健康保険 ⑥ その他 ()		記号番号	・		
				加入していた ときの資格	(i)被保険者 (ii)被扶養者		

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	出 産 した 年 月 日	平成 年 月 日	生産又は 死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 週)
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)	備 考	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名			
	本 籍	筆頭者氏名		
	出生届出日	平成 年 月 日	出生児氏名	出生年月日 平成 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 市・区・町・村・長名				

退 職 後 の 方 の み 記 入	退職後に、この請求をされる方は、払い渡し金融機関名をご記入ください。		
	預金の種別	金 融 機 関 名	支 店 名
	1 普 通	退職後の方のみ 信用金庫	本店
	2 総 合	農協	支店
口座番号		口座名義名	

平成 年 月 日提出
受付日付印

【記入上の注意】

1. 標題は、被保険者が出産したときは「被保険者」を、被扶養者が出産したときは「家族」を○で囲んでください。
2. 医師・助産師から出産の証明を受けた場合には、㊥㊦欄は記入の必要はありません。
3. ㊤の保険者名は、愛知県自動車販売健康保険組合、国民健康保険以外の場合は㊢その他に〇〇社会保険事務所名、〇〇健康保険組合名及び〇〇共済組合名をご記入ください。
4. 出生に関する証明欄は、本籍地もしくは出生届を提出した市区町村長、出産の介助をした医師または助産師のいずれかから受けてください。
なお、死産の場合は、医師から証明を受け、妊娠何か月（何週）目の死産であるかを（ ）内に記入してもらってください。
5. 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して氏名欄の認印を押し、その上部に正しい字句を記入してください。