

健康保険 被保険者・家族出産育児一時金請求書

令和 年 月 日提出

愛知県トラック事業健康保険組合

被 保 者 が 記 入 す る 欄	① 被保険者証の		記号	番号	②事業所名		
	③被保険者の氏名				④被保険者の住所及び電話番号		〒 - Tel () -
	⑤出産年月日		令和 年 月 日	⑥生産・死産の別		生産 ・ 死産	
	⑦出産した医療機関等の		名称	所在地			
	⑧被扶養者が出産した時	被扶養者の	氏名	生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日			
		被扶養者になった日以 前6か月以内に勤務して いましたか。	A. 勤務していた ・ 勤務先の所在地 名称 _____ Tel () - ・ 勤務期間 年 月 日 ~ 年 月 日 ・ 保険者名 ・ 全国健康保険協会 () 支部 ・ () 健康保険組合 ・ 国民健康保険 ・ その他 () ・ 在職当時の保険証の 記号 番号				
			B. 勤務していない ・ 加入していた健康保険の種類 1 国民健康保険 2 被扶養者 誰の () 3 その他 ()				
	⑨被保険者だった方が資格喪失後6ヶ月以内の出産で請求するとき		現在加入している健康保険証の 記号 番号 保険者名				
	金額の受領委任欄	⑩請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 _____ (請求者) 委任された者の 住所 名称 氏名 _____					
	医師・助産師の証明欄	出産年月日	令和 年 月 日	生産・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。 令和 年 月 日 所在地 医療施設の名称 医師・助産師名 電話番号 () -							
市区町村長の証明欄	本籍	筆頭者の氏名					
	出生年月日	令和 年 月 日	出生児の氏名				
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名						

㊞

- 添付書類
1. 医療機関等から交付される直接支払制度を利用していない旨の合意文書のコピー
 2. 出産費用の領収・明細書又は請求書のコピー
 3. 出生に関する証明欄は医師・助産師又は市区町村長のどちらかで受けてください。