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

被保険者が記入する欄

①　被保険者	記　号	1000	番　号	100	②事業所名	○○トラック運輸㈱
③被保険者の氏名	健保　太郎		④被保険者の住所及び電話番号	〒○○○－○○○○ ○○○市○○区○○町○丁目○○ TEL（○○○）　○○○　－　○○○○	
⑤出産年月日	令和　7　年11月　7　日		⑥生産・死産	生　産　・　死　産	
⑦出産した医療機関等の	名　称 ○○病院		所在地 ○○○市○○区○○町○○番○○		
⑧出生児の氏名	健保　二郎		⑨誰の被扶養者になるか	・夫の被扶養者 ・その他（　　）	
⑩被扶養者が出産した時 被扶養者の	氏　名 健保　花子		生年月日	昭和・平成　10　年　5　月　19　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　○○市○○町 名　称　○○商事㈱　TEL（○○○○）○○－○○○○ ・勤務期間　令和5年4月1日～7年9月30日 ・保険者名　・全国健康保険協会（　愛知　）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国民健康保時険				
⑪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				

在職中の請求のときは必ずご記入ください。

金額の受領委任欄

⑫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　7　年　12　月　1　日

被保険者氏名　健　保　太　郎　（請求者）

委任された者の　住所　○○○市○○区○○町○○番○号
名称　○○運輸株式会社
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
（産科医療補償制度の対象分娩である場合は領収･明細書にこれを証する印が押されています。）

医師・助産師又は市区町村長のいずれかで証明をうけてください。