

資格を喪失して6ヶ月以内の出産、又は家族の方が認定されてから6ヶ月以内の出産の場合、出産育児一時金に添付してご提出下さい。

出産育児一時金に伴う届出

東武流通健康保険組合 御中

記号・番号 101 - 99999

被保険者氏名 東武太郎

自宅電話番号 03-3988-9327

出産育児一時金（本人・配偶者）の請求に伴い、下記のとおり報告致します。

記

1. 配偶者出産育児一時金の請求に伴う報告。

（妻が当健保組合に被扶養者として認定されてから6ヶ月以内に出産した方はご記入下さい。）

↓
の場合

妻の氏名	東武花子			
妻の加入していた健康保険組合等の名称	〇〇健康保険組合・社会保険事務所 電話番号 03-〇〇〇〇-XXXX			
保険証記号番号	記号	△△△	番号	111111
喪失日	平成 △△年 ○月 ×日（勤務年月 ○〇年 △ヶ月）			

2. 被保険者出産育児一時金の請求に伴う報告。

（夫の被扶養者に認定されてから出産した方はご記入下さい。）

↓
の場合

夫の氏名	池袋次郎			
夫の加入している健康保険組合等の名称	△△健康保険組合・社会保険事務所 電話番号 03-XXXX-〇〇〇〇			
保険証記号番号	記号	〇〇〇	番号	987654
被扶養者に認定された日	（平成 △△）年 ○月 ×日			
旧姓	西口花代			