

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	<b>東武花子</b>			
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 <b>03-〇〇〇〇-XXXX</b>			
保険証記号番号	記号	<b>△△△</b>	番号	<b>111111</b>
喪失日	平成 <b>△△</b> 年 <b>〇</b> 月 <b>×</b> 日（勤務年月 <b>〇〇</b> 年 <b>△</b> 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	<b>池袋次郎</b>			
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 <b>03-XXXX-〇〇〇〇</b>			
保険証記号番号	記号	<b>〇〇〇</b>	番号	<b>987654</b>
被扶養者に認定された日	（平成 <b>△△</b> ）年 <b>〇</b> 月 <b>×</b> 日			
旧姓	<b>西口花代</b>			