

被 保 険 者 家 族 出 産 育 児 一 時 金 請 求 書

保険証に記載されている「記号」「番号」を記入してください

保険証に記載されている事業所名称を記入してください。

被 保 険 者	被 保 険 者 証 の 記 号 及 び 番 号	111 - 2222	事業所の 名 称	(株)イノアックコーポレーション
	分 娩 年 月 日	2019年 11月 1日	所在地	安城市今池町三丁目1番36号
保 險	分 娩 した 場 所	医療施設等 の 名 称	病院名を記入	
		医療施設等 の 所 在 地	病院の住所を記入	
者	家族の分娩である時はその氏名・生年月日	健保・花子		1990年 4月 1日生
	出生児の氏名	どちらかに○	健保・夢子	出生児と被保険者との続柄 続柄を記入
	出生児が被扶養者であるか・ないか	ある・ない		出生児が被扶養者でない時はその理由 該当の場合は記入
が	資格喪失後の被保険者分娩の時 → 現在加入している健康保険について記入ください。			
	被扶養者がイノアック健保に加入して6ヶ月以内に分娩した時 → 以前加入していた健康保険について記入ください。			
記 入	保険者名称 (健康保険)	<input type="checkbox"/> 健康保険組合	保険証の記号	
		<input type="checkbox"/> 社会保険事務所	番号	
入	被扶養者分娩の時分娩者の前勤務先 (TEL)	勤務先	上記に該当する場合はご記入ください。	
		TEL		
す	振 込 希 望 銀 行	銀 行 名	支 店 名	請求者名義普通預金口座番号
		〇〇銀行	△△支店	0123456
る	上記のとおり請求します。被保険者(社員の方)名義の口座をご記入ください			
	2019年 12月 20日	〒 111 - 2222		
と	社員の住所・氏名 押印(シャチハタ可)を	住 所	〇〇市△町1丁目2番3号	
		フリガナ 氏 名	ケンボ 知ウ 健保太郎 (健保)	
こ	(生年月日 1989年 5月 5日)			
	イノアック健康保険組合理事長 殿			
る	被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の番号を記入した場合は不要です) 記入不要です。			
医 師 ・ 助 産 婦 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る 欄	分 娩 年 月 日	年 月 日	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月)
	出生児の数	単胎・多胎(児)		
	本 籍	筆頭者氏名		
	出 生 届 出 日	年 月 日	出生児 氏 名	出 生 年 月 日
	医師・助産婦または市区町村長記入欄			
年 月 日				
所在地				
名 称				
医師・助産婦氏名				
市区町村長氏名				
印				

※ 医療機関が発行する領収書の写しを必ず添付して下さい

事業所の所在地

会社名	郵便番号	住所
井上護謨工業株式会社	456-0054	名古屋市熱田区千年一丁目16番30号
イノアック健康保険組合	450-0003	名古屋市中村区名駅南二丁目13番4号
株式会社イノアックコーポレーション	446-8504	安城市今池町三丁目1番36号
BASF INOAC ポリウレタン株式会社	441-1347	愛知県新城市川田本宮道1-196
株式会社イノアックインターナショナル	450-0003	名古屋市中村区名駅南二丁目13番4号
名栄産業株式会社	450-0003	名古屋市中村区名駅南二丁目13番4号
愛厚産業株式会社	446-8504	愛知県安城市今池町三丁目1番36号
株式会社アイユーサービス	454-0835	名古屋市中川区八家町三丁目28番地
株式会社イノアック住環境	456-0062	愛知県名古屋市熱田区大宝四丁目9番27号
イノアックエラストマー株式会社	503-2417	岐阜県揖斐郡池田町本郷680番地
株式会社東日本イノアック	409-3611	山梨県西八代郡市川三郷町大塚700
株式会社イノアック技術研究所	450-0003	名古屋市中村区名駅南二丁目13番4号
高浜化成株式会社	446-8504	安城市今池町三丁目1番36号
株式会社イノアックマネージメントシステム	446-8504	愛知県安城市今池町三丁目1番36号
株式会社ビーアイエムシー	503-2417	岐阜県揖斐郡池田町本郷680番地
株式会社イノアックリビング	450-0003	名古屋市中村区名駅南二丁目13番4号
任継		記入不要