**給５－３**

**出産育児一時金に関する調査書**

**及び照会の同意書**

〇　〇　〇　〇　健康保険組合長　様

|  |
| --- |
| 勤　　務　　履　　歴 |
| 名称 | 株式会社○○○○ |
| 所在地 | ○○市○○町○－○－○ |
| 電話 | ○○○○（○○）○○○○ |
| 勤務した期間 | 令和○○年○○月　～　令和○○年○○月 |
| 健康保険の種類・名称 | ○○健康保険組合 |
| 保険証の記号・番号 | ○○－○○○○ |

令和〇年〇月まで加入しておりました〇〇〇〇健康保険組合が、愛知県都市職員共済組合からの「出産育児一時金」に関する照会に対して回答することを同意いたします。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

　　　出産者氏名　　〇　〇　〇　〇