**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**

　　　　　　　様

|  |
| --- |
| 勤　　務　　履　　歴 |
| 名　　　　称 |  |
| 所在地 |  |
| 電　　　　話 |  |
| 勤務した期間 |  |
| 健康保険の種類・名称 |  |
| 保険証の記号・番号 |  |

令和　年　月まで加入しておりました　　　　　　　　　　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　　年　　月　　日

　　　出産者氏名