

支給決定額		支給決定日 平成 年 月 日				給付記録 入力済印
医療機関	円	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者	
被保険者	円					

被保険者
家族 出産育児一時金請求書

(記入上の注意)

・表題の「被保険者」と「家族」は必ずれか該当する文字を○で囲んで下さい。
 ・⑧欄は家族が出産したときに記入して下さい。
 ・⑨アの欄は、資格喪失後六ヶ月以内の分娩で請求するとき、⑨イの欄は、被扶養者認定後六ヶ月以内の分娩で請求するときに記入して下さい。

・⑩⑪欄はどちらか一方の証明、及び産科医療補償加入機関での分娩は、証明印影の領収書等添付。
 ・⑫欄は、在職中の出産に關しては給付金受領を事業主(又は代理人)に委任して下さい。
 ・⑬欄は、資格喪失後の分娩に關する請求のときに記入して下さい。

被保険者が記入するところ	① 健康保険証	記号	② 被保険者(請求者)	住所
		番号		氏名 (印)
	③ 資格取得年月日	昭和 年 月 日	④ 事業所の名称・所在地	
	⑤ 資格喪失年月日	平成 年 月 日	⑥ 出生児の氏名	
	⑦ 分娩年月日	平成 年 月 日	本請求書に關する連絡先住所、電話・FAX番号	
	⑧ 被扶養者名	(昭和 年 月 日生) 被保険者との()続柄		
	⑨のイ	認定される前に加入していた 健康保険証の 記号・番号		
	⑨のア	分娩時に加入していた(いる) 名称(保険者名)		

医師・助産婦又は市区町村長が証明するところ	⑩ 医師又は助産婦の証明	分娩年月日	平成 年 月 日	生産・死産(妊娠 ヵ月 第 週)
		上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日		
	住所	氏名 (印)		
市区町村長の証明	⑪ 市区町村長の証明	本籍	筆頭者氏名	
		出生届出日	平成 年 月 日	出生児氏名
		上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日		
	市区町村長名	(印)		

受取代理人	⑫	本請求に基づく給付金に關する権限を事業主(又は代理人)に委任します。 平成 年 月 日			
		被保険者(請求者)	住所	氏名	(印)
		事業主(又は代理人)	名称・所在地	氏名	(印)

受付日付印

振込希望先	⑬ 金融機関名	銀行・信用金庫	口座番号	普通・当座	フリガナ
		本店・支店・出張所			口座名義
	被保険者(請求者)	住所	(〒 -)		
	氏名	(印) TEL (- -) FAX (- -)			