支給決定決議書								常務理事	事務局長	部　長	課　長	係　長	係
	伺年月日	平成　年　月　日											
	支給額	拾万	万	千	百	拾	円						
	出産育児一時金							取得	・　・			被扶養者照合印	
								喪失	・　・				
	出産年月日	平成　年　月　日						被扶養者認定年月日	・　・				

健康保険　被保険者 家族

出産育児一時金請求書

〈記入上の注意〉
▼この請求書は女子被保険者又は、被扶養者がお産した場合出産育児一時金を請求するための用紙です。
▼被保険者として他の健康保険組合へ出産育児一時金を請求した場合は夫の被扶養者となっていても出産育児一時金は請求できません。
▼提出の際は印洩れのないようたしかめてください。
▼太線の枠内を記入してください。
※資格喪失後の請求については、下欄に振込先の金融機関名と口座番号を記入してください。

被保険者が記入するところ					
被保険者証の記号と番号	第　号	被保険者の氏名と印	フリガナ		㊞
被保険者の現住所	〒□□□－□□□□　電話　（　）				
事業所の名称					
出産した年月日	平成　年　月　日	死産のときはその旨			
入院して出産したときは、その病・産院の	名称				
	所在地				
被扶養者が出産したための請求であるときはその者の	氏名		生年月日	昭和　年　月　日生	
出生児の氏名		被保険者と出産児の関係		出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない
配偶者が以前勤務していた場合	**年　月頃から 年　月頃まで**	**勤務**	以前加入していた健保組合名及び健保証の番号・記号	健保組合 ・	**勤務先の名称** 電話（　）

医師・助産婦又は市区町村長が証明するところ				
出産した年月日	平成　年　月　日	生産又は死産の別	生産・死産（妊娠　ヵ月　週）	
出生時の数	単胎・多胎（　児）	備考		
上記のとおり相違ないことを証明する。　年　月　日 平成　年　月　日 医療施設の名称・所在地 医師・助産婦名　㊞				
本籍		筆頭者氏名		
出生届出日	平成　年　月　日	**出生児氏名**		**出生年月日** 平成　年　月　日
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　㊞				

受付日付印

委任状	
私は下記の事業主を代理人と定め、出産育児一時金の受領方を委任します。　年　月　日	
本人	住所 氏名　㊞
代理人（事業主）	事業所名 所在地 氏名　㊞ 電話　（　）

事業所担当者印

※ 資格喪失された方のみ、ご記入ください

金融機関名	銀行 信金　支店 信組	口座番号	普・当
		フリガナ 氏名	

東京都皮革産業健康保険組合