

支給決定決議書	同年月日	平成 年 月 日					常務理事	事務局長	部長	課長	係長	係
	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	
	出産年月日	平成 年 月 日					喪失	・	・			
						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

※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。

▼太線の枠内を記入してください。

▼提出の際は印洩れのないようたしかめてください。

▼時金は請求できません。

▼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つても出産育児一時金を請求する場合があります。

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の出産育児一時金を請求するための用紙です。

へ記入上の注意

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号と番号	6090 第 8596 号	被保険者の氏名と印	フリガナ ヒカク ハナコ 皮革 花子	(印)	
	被保険者の現住所	〒 111-0049 台東区駒形橋〇-〇-〇 電話 03 (1234) 5678				
	事業所の名称	駒形皮革 (株)				
	出産した年月日	平成 16 年 6 月 14 日	死産のときはその旨			
	入院して出産したとき、その病・産院の名称所在地	皮革病院 台東区駒形13号				
	被扶養者が出産したため、請求するときの氏名	氏名	生年月日	昭和 年 月 日生		
	出生児の氏名	皮革 小太郎	被保険者と出生児の関係	長男	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ <input checked="" type="radio"/> 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

村医師・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 カ月 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。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産婦名 左の者に証明してもらう (印)			
	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
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)				

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	受付日付印
	本人 住所	台東区駒形橋2-13-14	(印)
	氏名	皮革 花子	
	代理人 (事業主) 事業所名	駒形皮革 (株)	(事業主印)
所在地	台東区駒形×-×-×		
氏名	事業主名		
電話	(xxxx)xxxx		

受付日付印

同じ印を押す

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	支店	口座番号	普・当
	信金		フリガナ	
	信組		氏名	