

※支給支払決議書				発議	年 月 日	決議	年 月 日		
支給金額	円	資格	取得	年 月 日	常務理事	事務長	会計係	給付係	庶務係
出生児数	単胎・多胎(児)	資格	喪失	年 月 日					
備考						標準報酬月額		千円	

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者の証の	記号	番号	②被保険者の氏名及び印	㊞				
	③事業所の名称				④被保険者の資格を取得した日	昭和 平成 年 月 日			
	⑤被保険者の住所	〒 - 電話 () -				⑥標準報酬月額	千円		
	⑦分娩した者の氏名			生年月日	昭和 平成 年 月 日	続柄			
	⑧分娩年月日	令和 年 月 日		⑨生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヲ月)				
	⑩入院して分娩したときは	病院等の名称				費用の別			
		病院等の所在地				自費 自費と健保 その他			
	⑪出生児の氏名	氏名			出生児が被扶養者であるかどうか	被扶養者である・ない(理由:夫の扶養・)			
		氏名				被扶養者である・ない(理由:夫の扶養・)			
	⑫育児図書配付につき、購入先への個人情報(住所、氏名)の提供に			同意します			同意しません (※当該サービスが受けられません。)		

(※当目的外に個人情報が使用されることはありません。委託先と秘密保持契約を締結しております。)

産 市 師 町 の 村 証 明 、 医 生 と 又 こ は る 助	⑬分娩年月日	令和 年 月 日		⑭生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヲ月)			
	⑮出生児の数	単胎・多胎(児)		備考				
	うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 市長村長 ⑯住所 医師 助産師 ⑰氏名							

支 払 先 金 融 機 関	銀行 金庫 農協 店			
	預金種別	普通・当座・()	口座番号	
	フリガナ			
口座名義	(※請求者ご本人名義に限ります。)			

令和 年 月 日提出

--- 受付日付印 ---