

- 被保険者
 被扶養者(家族)

出産育児一時金請求書

常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	XXXX - XXXXXX	電話番号 日中の連絡先	XXX-XXX-XXXX
	フリガナ	ケンコウ ヤスコ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 Y 年 M 月 D 日
	被保険者氏名	健康 保子	分娩年月日	令和 Y 年 M 月 D 日
	会社・事業所名	〇〇株式会社 〇〇事業所	被扶養者(妻・家族)が分娩した場合	
	フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	被扶養者氏名・続柄	続柄	← 「資格取得日」を保険証で確認して下さい。	
	被扶養者の 資格取得日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
	在職中の給付金 支払いに関する同意	<input checked="" type="checkbox"/> 在職中、給付金は事業主経由で受領することに同意します。		
	退職後に請求する場合に記入（任意継続者：記号9990は記入不要）			
	金融機関コード	任意継続者を除く、退職後の請求、退職予定の方のみ記入 任意継続者は、登録の口座へ支払います		
添付書類	ゆうちょ銀行を指定した場合は通帳のコピー（店名、店番、預金種目、口座番号が書いてあるページ） ※ゆうちょ銀行の場合は、ゆうちょ銀行と店名（支店名）及び振込専用の新しい口座番号（7桁）を記入			
医 師 証 明 欄	分娩者氏名	健康 保子	分娩年月日	令和 Y 年 M 月 D 日
	胎児の数	単胎（ ） ・ 多胎（ ） 児	生産死産の別	生産（ ） ・ 死産 満 週（ ） 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。		所在地	令和 年 月 日
	医療機関名	・記入漏れは不備になりますので、ご注意ください。 ・訂正した場合は、訂正印を押してください。		
	医師名			
	電話番号	()		

健 保 記 入 欄	支給額	円	支給日	令和 年 月 日
	備考			

発信者印

- 被保険者
 被扶養者(家族)

出産育児一時金請求書

常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	XXXX - XXXXXX	電話番号 日中の連絡先	XXX-XXX-XXXX
	フリガナ	ケンコウ タロウ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 Y 年 M 月 D 日
	被保険者氏名	健康 太郎	分娩年月日	令和 Y 年 M 月 D 日
	会社・事業所名	〇〇株式会社 〇〇事業所	被扶養者(妻・家族)が分娩した場合	
	フリガナ	ケンコウ ハナコ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 Y 年 M 月 D 日
	被扶養者氏名・続柄	健康 花子 続柄 妻	被扶養者の 資格取得日 <input type="checkbox"/> 保険証に印字されている資格取得日 「資格取得日」を保険証で確認して下さい。	
	在職中の給付金 支払いに関する同意	<input checked="" type="checkbox"/> 在職中、給付金は事業主経由で受領することに同意します。		
	金融機関コード	退職後に請求する場合に記入（任意継続者:記号9990は記入不要） 任意継続者を除く、退職後の請求、退職予定の方のみ記入 任意継続者は、登録の口座へ支払います		
	添付書類	ゆうちょ銀行を指定した場合は通帳のコピー(店名、店番、預金種目、口座番号が書いてあるページ) ※ゆうちょ銀行の場合は、ゆうちょ銀行と店名(支店名)及び振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入		
	医 師 証 明 欄	分娩者氏名	健康 花子	分娩年月日
胎児の数		単胎() ・ 多胎() 児	生産死産の別	生産() ・ 死産 満 週() 日
所在地 医療機関名 医師名 電話番号		上記のとおり相違ないことを証明します。 ・記入漏れは不備になりますので、ご注意ください。 ・訂正した場合は、訂正印を押してください。		令和 年 月 日
支給額		円	支給日	令和 年 月 日

健 保 記 入 欄	備考	

発信者印