

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決済年月日	年 月 日
支給額	円
標準報酬月額	円 (第 級)

支給支払決議書		
常務理事	事務長	担当者
資格取得	年 月 日	
資格喪失	年 月 日	
支払年月日	年 月 日	

被保険者
家 族

出産育児一時金請求書

①被保険者証の記号・番号		② 事業所の名称		③ 被保険者の標準報酬月額	円
④ 被 保 険 者 の 氏 名		⑤ 被 保 険 者 の 生 年 月 日		年 月 日	
⑥ 分 娩 年 月 日	年 月 日	⑦ 死亡のときはその旨			
⑧ 分 娩 し た 場 所	医療施設等の名称				
	医療施設等の所在地	〒 ー			
⑨ 配偶者の分娩であるときはその氏名・生年月日				年 月 日	
⑩ 出 生 児 の 氏 名		⑪ 出生児の生年月日		年 月 日	
⑫ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者である ない	⑬ 出生児が被扶養者でないときはその理由			
⑭ 他制度から給付を受けているかどうか	受けている	受けていない			
⑮ 振 込 希 望 の 銀 行	銀行	支店 (普通当座)			
⑯ 備 考					
上記のとおり申請します。 年 月 日 〒 ー 健康保険組合理事長殿 被保険者の 住所 氏名 氏名 ⑯					

⑰ 委任状	私は	年 月 日	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	金	年 月 日	円也の受領に関すること。
	被保険者の	住所 〒 ー 氏名	⑯
代理人の	住所 〒 ー 氏名	⑯	

⑱ 振込希望の銀行	銀行	支店 (普通当座)
-----------	----	-------------

⑲ 領収書	金	円也但し
		うえの金額を領収いたしました。
	年 月 日	健康保険組合理事長 殿
	受領者 住所 〒 ー 氏名	⑯

⑳ 医師・助産師による証明	⑳ 分娩年月日	年 月 日	㉑ 生産・死産の別	生産・死産
	㉒ 出生児の数	単胎・多胎 (児)		(妊娠第 月又は第 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 住所 〒 ー 医師・助産師名 氏名 ⑯			
㉓ 市区町村証明	㉓ 本籍		㉔ 筆頭者氏名	
	㉕ 出生届出日	年 月 日	㉕ 出生児氏名	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名 ⑯			