

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

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

## 出産育児一時金支給申請書

被保険者記号・番号	1011-2568	事業所の名称	〇〇〇〇株式会社
被保険者の氏名	健保 太郎	被保険者の生年月日	平成2年 6月 8日
分娩年月日	令和6年 2月 10日	死亡のときはその旨	
分娩した場所	医療施設等の名称	〇〇産婦人科	
	医療施設等の所在地	〒103-1111 東京都 〇〇区〇町 4-7-7	
配偶者の分娩であるときはその氏名・生年月日	健保 花子	平成6年 10月 24日	
出生児の氏名	健保 いろは	出生児の生年月日	令和6年 2月 10日
出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で <u>ある</u> ない	出生児が被扶養者でないときはその理由	
他制度から給付を受けているかどうか	受けている	<u>受けていない</u>	
振込希望の銀行	銀行	支店	(普通当座)
備考			
上記のとおり申請します。 令和6年 2月 25日			
健康保険組合理事長殿 〒〇〇〇-〇〇〇〇			
被保険者の住所 東京都 〇〇区〇町4-5-20			
氏名 健保 太郎			

委任状	私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。 本申請に基づく給付金の受療に関すること。	年 月 日
	被保険者の住所氏名 _____	
	代理人の住所氏名 _____	
振込希望の銀行	銀行	支店 (普通当座)

に医師・助産師	分娩年月日	年 月 日	生産・死産	週)
	出生児の数		又は第	日
に市よる町証村明長	本籍		<div style="border: 2px solid blue; padding: 10px; text-align: center;"> <p>医師・助産師又は市区町村長に 記入してもらう欄</p> </div>	
	出生届出日			
	上記のとおり		年 月 日	日
		市区町村長名		印