

- ☒ 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		<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成
	被保険者氏名	健康 保子	生 年 月 日	Y 年 M 月 D 日
	会社・事業所名	〇〇株式会社 〇〇事業所	分娩年月日	令和 Y 年 M 月 D 日
	被扶養者(妻・家族)が分娩した場合			
	フリガナ			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	被扶養者氏名・続柄	続柄	生 年 月 日	年 月 日
	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 ← 資格情報のお知らせ、資格確認書 等で 確認してください。		
	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。		
	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			
ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください				
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 医療機関名 医師名 電話番号 (令和 年 月 日 ・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。		

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 險 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		<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成
	被保険者氏名	健康 太郎	生 年 月 日	Y 年 M 月 D 日
	会社・事業所名	〇〇株式会社 〇〇事業所	分娩年月日	令和 Y 年 M 月 D 日
	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		<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成
	被扶養者氏名・続柄	健康 花子 続柄 妻	生 年 月 日	Y 年 M 月 D 日
	被扶養者の 資格取得日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 Y 年 M 月 D 日 ← 資格情報のお知らせ、資格確認書 等で 確認してください。		
	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。		
	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			
ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください				
医 師 証 明 欄	分娩者氏名	健康 花子	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 医療機関名 医師名 電話番号 (令和 年 月 日 ・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。		

健 保 記 入 欄	支給額	円	支給日	令和 年 月 日
	備考			

発信者印