

支給額	円
資格取得日	昭平令 年 月 日
資格喪失日	令和 年 月 日
支払年月日	令和 年 月 日

決議					
受付年月日	令和 年 月 日				
同年月日	令和 年 月 日				
決裁年月日	令和 年 月 日				

\*上記枠内は記入しないで下さい。

被保険者  
家 族

## 出産育児一時金請求書

① 被保険者等 記号・番号	記号 番号	② 事業所の 名称	③ 標準報酬月額	円
④ 被保険者氏名			⑤ 被保険者生年月日	昭平 年 月 日
⑥ 分娩年月日	令和 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			
⑨ 家族の分娩である ときはその氏名			⑩ 家族生年月日	昭平 年 月 日
⑪ 出生児の氏名			⑫ 出生児生年月日	令和 年 月 日
⑬ 出生児が被扶 養者かどうか	被扶養者で ある・ない		⑭ 出生児が被扶養者 でないときはその理由	
⑮ 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		⑯ 備考	
上記のとおり請求します。				
〒				
住所 被保険者の 氏名				
日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿				

医師・ 助産婦 又は市 区町村 長が証 明する 欄	分娩年月日	令和 年 月 日	生産・死産 の別	生産・死産	
	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。				
	令和 年 月 日				
	医療施設の名称・所在地 医師・助産婦名				
	本籍			筆頭者氏名	
出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名	出生年月日	令和 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する。					
市区町村長名					

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				令和 年 月 日
	被保険者 (申請者)	住所 氏名	_____		
	代理人	住所 氏名	_____		委任者と代理人の関係 〔 _____ 〕
振込希望の金融機関		銀行・金庫・農協		支店 普通・当座 第 _____ 号	

領 収 書	金 _____ 円也
	上記の金額を領収いたしました。
	令和 年 月 日
	日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿
請求者	住所 _____
	氏名 _____

受付日付印