

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			
伺年月日	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 記号・番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇	② 事業所の 名称	〇〇〇〇〇〇株式会社	③ 標準報酬月額	200,000 円
④ 被保険者氏名	健保小百合	⑤ 被保険者生年月日	昭平 〇〇年 〇月 〇日		
⑥ 分娩年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	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	〇〇〇〇 総合病院			
	医療施設等の所在地	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇号			
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	健保明子		⑫ 出生児生年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
⑬ 出生児が被扶 養者かどうか	被扶養者で	ある・ <u>ない</u>	⑭ 出生児が被扶養者 でないときは、その理由	夫の扶養	
⑮ 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>	⑯ 備考		

上記のとおり請求します。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

〒〇〇〇-〇〇〇〇
住所 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇号
被保険者の氏名 健保小百合

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。			令和 年 月 日		
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	_____
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	受付日付印
	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