

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

*上記枠内は記入しないで下さい。

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				

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 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	380,000 円
④ 被 保 険 者 氏 名	健 保 裕次郎	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 医 療 施 設 等 の 所 在 地	〇 〇 〇 〇 総合病院 青梅市河辺町〇丁目〇〇〇番地			
⑨ 家 族 の 分 娩 で あ る と き は そ の 氏 名	健 保 小百合	⑩ 家 族 生 年 月 日	昭 平 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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 〇ある・ 〇ない	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 〇受けていない	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 裕次郎 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 (妊娠 第 月 又は 第 週)	
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)			
	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 印				

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	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	