

支 給 決 定 伺

支 給 決 定 額
円

健康保険組合				事業主（本社総務）		
常務理事	事務長	主任	担当			

資格取得(認定)日	昭和・平成・令和	年	月	日
資格喪失(消滅)日	昭和・平成・令和	年	月	日
支払年月日	令 和	年	月	日

健康保険 被保険者
被扶養者

出産育児一時金請求書
(直接支払制度を利用しない場合)

* 太枠線内を記入してください

提出日	令和	年	月	日	本人家族区分	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 被扶養者
被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号				被保険者 の氏名		
	被保険者の 勤務する 事業所の名称				所 属	(〒)	
	被扶養者 の氏名		保 険 者 の 続 柄		被保険者の 生年月日	昭和・平成	年 月 日
	出産した 年月日	令和	年	月 日	生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 死産
	出産児数	<input type="checkbox"/> 単児 <input type="checkbox"/> 多児 (児)			出産費資金 費用貸付	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <small>※ありの場合は「出産費資金費用貸付申請書」を提出してください</small>	
	出産した 医療機関名				他の健保から 本給付を受け ていますか	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない	
委任状	表記の請求金額の受領を経理部長に委任します。 令和 年 月 日 氏名を自署されても捺印は必要です。 被保険者の氏名						

医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 欄	分娩年月日	令和	年	月 日	生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 出産・ <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週 日)
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単児 ・ <input type="checkbox"/> 多児 (児)			備考:	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医師又は 所在地 助産師の 名称 氏名 ()					
自 治 体 の 証 明 欄 <small>※ 生産の場合のみ</small>	住所				筆頭者氏名	
	出生届日	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します。 令和 年 月 日 区市町村長名 ()					

受付日付印