

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			

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 等 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	(姓)
	被 扶 養 者 の 氏 名			被 保 険 者 の 続 柄	被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭和・平成 令和	年 月
	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 ※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
	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	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