

支 給 決 定 同

支 給 決 定 額
円

健 康 保 險 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 勤務する 事業所の名称	所 属	(TEL)	
	被 扶 養 者 の 氏 名	被保険者との 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 助 産 師 の 姓 名	所在地 名 称		TEL ()
自 治 体 の 証 明 欄	住 所		筆 頭 者 氏 名	
* 生 産 の 場 合 のみ	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  TEL ()			

受 付 日 付 印