

(被保険者・家族) 出産育児一時金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号-番号	—	被保険者 の氏名			
	会社名					
	出産した者の氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	続柄
	分娩年月日	令和 年 月 日	生産・死産 の別	<input type="checkbox"/> 生産・ <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 週)		
	家族が被扶養者として認定されてから6か月以内に出産した場合は、以下についても記入下さい。					
	認定前に加入してい た健保等の名称		被保険者証 の記号-番号	—		
	上記保険者より 出産育児一時金を	<input type="checkbox"/> 受給する(予定) <input type="checkbox"/> 受給しない				
	上記の通り申請し、給付金の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日					
	被保険者の郵便番号 —					
	被保険者の住所					
被保険者の氏名						

医 師 等 証 明 欄	出産者氏名		分娩年月日	令和 年 月 日
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎・ <input type="checkbox"/> 多胎(児)	生産・死産 の別	<input type="checkbox"/> 生産・ <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 週)
	上記の通り相違ないことを証明する。 令和 年 月 日			
	住所			
医療機関の名称				
氏名				

※「産科医療補償制度 加入スタンプ印」を受けた「領収・明細書」のコピーと「医療機関から交付される合意文書」のコピーを添付してください。

※退職後に請求する場合は記入(本人名義に限る)

振 込 先	銀行名		支店名	
	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	