

**被保険者
家 族 出産育児一時金請求書**

① 被保険者証の記号 番号	記号 番号	② 事業所の名称 及び所在地	名 称		
			所在地		
③ 被保険者の氏名			④ 被保険者の生年月日	昭・平 年 月 日	
⑤ 分娩年月日	令和 年 月 日	⑥ 死亡のとき はその旨			
⑦ 分娩した場所	医療施設等の名称				
	医療施設等の所在地				
⑧ 家族の分娩であるときは その氏名・生年月日					
⑨ 出生児の氏名			⑩ 出生児の生年月日		
⑪ 出生児が被扶養者か ど う か	被扶養者で ある ない	⑫ 出生児が被扶養者で ないときはその理由			
⑬ 他制度から給付を受けて いるか ど う か	受けている		受けていない		
⑭ (退職者のみ記入) 振込希望の銀行	銀行 支店(普通)			口座名	フリガナ
⑮ 備考					
上記のとおり請求します。					
令和 年 月 日 住所 被保険者の 氏名 (請求者)					
住友ファーマ健康保険組合理事長 殿					

⑯ 委任状 <u>給与での給付手続きを</u> <u>事業主へ依頼する為</u> <u>必要ですので、必ず</u> <u>記入してください。</u> (任意継続被保険者、 退職者は不要です)	私は②に記載の事業所を代理人と定め、上記のとおり請求した出産育児一時金 (家族出産育児一時金) の受領に関する権限を委任します。				
	令和 年 月 日 住所 被保険者の 氏名 (請求者)				
	令和 年 月 日 住所 被保険者の 氏名 (請求者)				
	上記のとおり相違ないことを証する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名				
	印				

医師・助産師又は市区町村長が證明する欄	⑰ 分娩年月日	令和 年 月 日	⑱ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)
	⑲ 出生児の数	單胎・多胎(児)		
	上記のとおり相違ないことを証する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名			
	印			
	⑳ 本籍			㉑ 筆頭者氏名
㉒ 出生届出日	令和 年 月 日	㉓ 出生児 氏名	㉔ 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				