

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	記号 **	② 事業所の名称 及び所在地	名称 所在地	〇〇株式会社 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号
③ 被保険者の 氏名	健保 花子		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	〇×産婦人科		
	医療施設等 の所在地	〒***-**** 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号		
⑧ 家族の分娩であるときは その氏名・生年月日	昭・平 年 月 日			
⑨ 出生児の氏名	出生児の生年月日			
⑩ 出生児が被扶養者か かどうか	被扶養者である かない	⑫ 出生児が被扶養者で ないときはその理由	夫の被扶養者である為	
⑬ 他制度から給付を受けて いるかどうか	受けている <u>受けてない</u>			
⑭ (退職者のみ記入) 振込希望の銀行	銀行	支店 (普通)	口座名義	フリガナ
⑮ 備考				

上記のとおり請求します。
令和 **年 **月 **日
被保険者の住所 〒***-****
(請求者) 氏名 健保 花子
△△市△△町△△丁目△△番△△号

住友ファーマ健康保険組合理事長 殿

⑯ 委任状 <small>給与での給付手続きを 事業主へ依頼する為 必要ですので、必ず 記入してください。 (任意継続被保険者・ 退職者は不要です)</small>	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 <u>健保 花子</u> (請求者) 氏名 <u>健保 花子</u> △△市△△町△△丁目△△番△△号
---	---

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	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	単胎・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 証明をもらって下さい 医師・助産師				
	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					