

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 **	② 事業所の名称及び所在地	名 称	○○株式会社
	番号 *****		所在地	○○市○○町○○丁目○○番○○号
③ 被保険者の氏名	健保 太郎		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	○×産婦人科		
	医療施設等の所在地	〒***** ○○市○○町○○丁目○○番○○号		
⑧ 家族の分娩であるときはその氏名・生年月日	健保 花子		昭・平 ** 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 △△市△△町△△丁目△△番△△号
(請求者) 健保 太郎

住友ファーマ健康保険組合理事長 殿

⑯ 委任状 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)	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 △△市△△町△△丁目△△番△△号 (請求者) 健保 太郎				

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	⑯ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)	
	⑯ 出生児の数	单胎・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				
	証明をおもひって下さい				
	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					