

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	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 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	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	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 <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 太郎
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 健保 太郎 (請求者)
---	---

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 医師・助産師名 証明をもらって下さい ㊞					
	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 ㊞						