

伺日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	資格	得	年 月 日
						喪	年 月 日
法定					備考		
付加							
支給額							

被保険者 健康保険 家族 出産育児一時金・出産育児一時金付加金 請求書

被保険者が記入するところ	被保険者証	記号		氏名	
		番号			
	個人番号				※記号番号の記載があれば、個人番号は記載不要
	被保険者の現住所	〒 -			
	勤務する事業所名				任意継続
	家族の分べんであるときは、その氏名			生年月日	年 月 日
	分べん年月日	令和 年 月 日		死産のときはその旨	
	出生児の氏名				
入院して分べんしたときは	病院等の名称				
	病院等の所在地				
下記の a または b に該当する場合は必ず記入してください a.被保険者本人で当組合の資格喪失後 6 か月以内に出産予定の方 →現在加入の被保険者証について記入してください b.被扶養者で加入してから 6 か月以内の出産予定の方 →被扶養者が当組合に加入する前の被保険者証について記入してください。 被保険者証の記号・番号 () 医療保険者の名称 ()					
医師・助産師又は市区町村長が証明するところ	分べんした年月日	令和 年 月 日		生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 週間)
	出生児の数	単胎・多胎 (児)			
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日				
	名 称				
	医療施設の所在地				
	医師・助産師名 電話: ()				
本籍			筆頭者名		
出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名		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 電話: ()					
振込み指定の銀行	普通・当座 No.				
	口座名義人	フリガナ			