経 済 団 体 健 康 保 険 組 合

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								円				備考		
付　加								円	分べんの日	平成 令和　年　月　日				
支給額								円	生　産・死　産・（　）胎					

健康保険　　被保険者 家　族　出産育児一時金・出産育児一時金付加金　請求書（直接支払）

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	**昭・平**　年　月　日	
	分べん年月日	平成 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			

振込み指定の銀行	銀行　　本店　普通・当座　No.	
	口座名義人	フリガナ