

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			
支給額								円	備考						
法定	直接支払							円					分べんの日	令和 年 月 日	
	本人宛支払							円							
付加								円	生産・死産・()胎						

健康保険 出産育児一時金等内払金 請求書

※医療機関等が発行した「専用請求書の内容と相違ない旨」が記載されている領収・明細書(写)を添付して下さい。

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										<input type="checkbox"/> 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												
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 ヵ月 週)			
	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											