

|           |           |         |   |     |       |       |  |   |  |
|-----------|-----------|---------|---|-----|-------|-------|--|---|--|
| 支給決定並び支出伺 | 支 金       | 給 額     | 〒 | 常 務 |       | 事務長   |  | 係 |  |
|           | 款 項 目     | 3 - 1 - |   |     | 取 得 日 | 年 月 日 |  |   |  |
|           | 分 娩 年 月 日 | 年 月 日   |   |     | 喪 失 日 | 年 月 日 |  |   |  |
|           | 支給決定年月日   |         |   |     | 備 考   |       |  |   |  |
|           | 支 払 年 月 日 |         |   |     |       |       |  |   |  |

-----上記の欄は記入しないで下さい-----

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

|                                                          |                                                                      |                               |           |  |                     |                     |                     |  |          |  |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------|--|---------------------|---------------------|---------------------|--|----------|--|
| 被保険者（被保険者であった者）が記入するところ                                  | 年 月 日<br>被保険者(請求者)住所 〒<br>氏名及び印<br>生 年 月 日 印 年 月 日生                  |                               |           |  |                     |                     |                     |  |          |  |
|                                                          | 健康保険被保険者証の記号・番号<br>(資格喪失後 6 ヶ月以内の分娩の場合は資格喪失直前の記号・番号)                 |                               |           |  |                     |                     | 記号                  |  | 番号       |  |
|                                                          | 事業所の名称（資格喪失後の場合は喪失直前に勤務していた事業所）                                      |                               |           |  |                     |                     |                     |  |          |  |
|                                                          | 分 娩 年 月 日                                                            | 年 月 日                         |           |  | どちらかに○<br>生 産 ・ 死 産 |                     | 死産の時は妊<br>娠 経 過 期 間 |  | ヶ月 週     |  |
|                                                          | 家族の分娩である時は<br>その氏名と生年月日                                              |                               |           |  |                     |                     | 年 月 日生              |  |          |  |
|                                                          | (フリガナ)<br>出 生 児 の 氏 名                                                |                               |           |  |                     |                     | 被 保 険 者 と<br>出生児の続柄 |  |          |  |
|                                                          | 他の健康保険組合か社会保険事務所又は共済組合に出産<br>育児一時金の請求をしますか。いずれかに○をして下さい              |                               |           |  |                     | 請求する ・ 請求した ・ 請求しない |                     |  |          |  |
|                                                          | 被保険者の出産で、資格喪失後の請求である場合は<br>現在加入の健康保険証の種類（保険者名）・記号・番号<br>を右欄に記入して下さい。 |                               |           |  |                     | 保険の種類（保険者名）         |                     |  | 保険証の記号番号 |  |
|                                                          |                                                                      |                               |           |  |                     |                     |                     |  |          |  |
|                                                          | 医師又は助産師の証明                                                           | 家族の出産の場合…分娩前 6 ヶ月以内に勤務していましたか |           |  |                     |                     | 勤務していた ・ 勤務していない    |  |          |  |
| 前記で、勤務して<br>いたに○をした場<br>合は、右欄に記入<br>して下さい。               |                                                                      | 勤務していた事業所名及び所在地               |           |  | 勤務していた期間            |                     | 保険証の記号番号            |  |          |  |
|                                                          |                                                                      |                               |           |  | ・ ・ から<br>・ ・ まで    |                     |                     |  |          |  |
| 支 銀<br>払 行                                               |                                                                      | 分 娩 年 月 日                     | 年 月 日     |  | 生産・死産の別             | 生産 ・ 死産（妊娠 ヶ月 週）    |                     |  |          |  |
|                                                          |                                                                      |                               | 出 生 児 の 数 |  | 単胎 ・ 多胎（ 児）         |                     |                     |  |          |  |
| 上記の通り相違ありません<br>年 月 日<br>医 師 住 所<br>又 は<br>助産師 氏 名 印     |                                                                      |                               |           |  |                     |                     |                     |  |          |  |
| 銀 行 本店<br>金 庫 支店<br>農 協 支所<br>普通・当座 口座番号 (フリガナ)<br>名 義 人 |                                                                      |                               |           |  |                     |                     |                     |  |          |  |