

# 支給決定伺

決裁年月日	平成	年	月	日
伺年月日	平成	年	月	日

理事長	常務理事	事務長	係	支給決定額
				出産育児一時金.....円
				計.....円

## 被保険者家族 出産育児一時金請求書

被保険者証の記号と番号	記号 ..... 番号	被保険者の氏名印	フリガナ	㊟	
被保険者の現住所	(〒 - )		(TEL - - )		
事業所の名称					
分娩年月日	平成 年 月 日	死亡のときはその日	平成 年 月 日		
分娩した場所	医療施設等の名称				
	医療施設等の所在地				
家族の分娩であるときはその氏名			家族の生年月日	昭和 平成 年 月 日	
出生児の氏名	(続柄 )		出生児が被扶養者かどうか	被扶養者である ない	
出生児が被扶養者でないときはその理由			他制度から給付を受けているかどうか		
上記の通り請求します。 平成 年 月 日 フジクラ健康保険組合理事長 殿					
長が証明するところ 医師・助産師又は市区町村	出産した年月日	平成 年 月 日	出産又は死産の別	生産・死産(妊娠 月 週)	
	出生児の数	単胎・多胎( 児)		備考	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名				㊟
	本籍			筆頭者氏名	
	出生届出日	平成 年 月 日	出生児氏名		出生年月日 平成 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 市区町村長名					

振込希望の銀行	銀行	支店(普通当座 第 号)	口座名(カタカナ)
---------	----	--------------	-----------

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 平成 年 月 日	
	被保険者 住所氏名	㊟
	代理人の氏名	(フリガナ)..... ㊟
	代理人の住所	

受付日付印