

支給決定伺

				決裁年月日	令和	年	月	日
				伺年月日	令和	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			
					計			

被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

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	令和 年 月 日	死亡のときはその日	令和 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。 令和 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	令和 年 月 日	出産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月週)
	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。 令和 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	令和 年 月 日	出生児氏名	出生年月日
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				

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。 令和 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