

記入例

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.....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 111 番号 12345	被保険者の氏名印	フリガナ フジクラ タロウ 藤倉 太郎 (印)
被保険者の現住所	(〒000-0000) (TEL 000-000-0000) 東京都江東区〇〇1-1 〇〇マンション101		
事業所の名称	株式会社フジクラ		
分娩年月日	令和 2年 7月 5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	〇〇産婦人科病院	
	医療施設等の所在地	東京都江東区△△1-1	
家族の分娩であるときはその氏名	藤倉 花子	家族の生年月日	昭和 平成 58年 7月 1日
出生児の氏名	藤倉一郎 (続柄 長男)	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	受けていない

上記の通り請求します。
令和 2年 8月 10日
フジクラ健康保険組合理事長 殿

死産の場合は、妊娠何ヶ月目、何週目の死産であるか記入

医師・助産師又は市区町村長のどちらか一方で証明を受ける。(ただし、死産の場合は医師・助産師に限る)

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 2年 7月 5日	出産又は死産の別	生産 死産 (妊娠 何ヶ月 何週)	
	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 2年 7月 10日 医療施設の名 称・所在地 東京都江東区△△1-1 (印) 医師・助産師名 〇〇産婦人科病院 医師 □□ □				
	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	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)					

任意継続被保険者のみ記入

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

必ず記入(H27.2~)(任意継続被保険者は記入不要)

受取代理人の欄 事業主が記入	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 2年 8月 10日	
	被保険者	住所 東京都江東区〇〇1-1 〇〇マンション101 氏名 藤倉 太郎 (藤倉)
	代理人の氏名	(フリガナ) (印)
	代理人の住所	

受付日付印