

支給決議書			支給額	円
常務理事	事務長	係		
			出産育児一時金	円
			産科医療補償制度	有・無
資格取得	昭・平・令	年 月 日	出産日	平・令 年 月 日

上記は記入しないでください。

家族出産育児一時金 請求書

令和 X 年 X 月 X 日請求

この申請書を提出するにあたり、個人情報保護法による利用目的を理解し、個人情報の第三者提供に同意します。

日本無線健康保険組合 常務理事 殿

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 1010	被保険者の 氏名と印	健保 太郎	印
		番号 99999			
	委任状	私は、事業主を代理人と定め、請求した家族出産育児一時金の受領に関し、事業主に委任します。			
	被保険者の 住 所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3			
	会社名および所属	日本無線株式会社		〇〇 部	〇〇 課
	出産年月日	平・令 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	生産または死産の別	<input checked="" type="radio"/> 生産・死産	
	家族氏名	健保 花子		生年月日	昭 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	出生児の氏名	フリガナ ケンボ イチロウ	被保険者と出生児の間柄	長男	
		健保 一郎			
	出産前・6ヵ月以内に勤務していたことがありますか？	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無			
有の場合は右記にご記入ください	勤務していた会社の健康保険組合名または全国健康保険協会 (双方に請求することは出来ません)				
	〇〇食品	健康保険組合	電話	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	全国健康保険協会	支部	記号	〇〇〇〇	
			番号	〇〇〇〇	

医師・助産師または市区町村長が証明するところ

医 師 ・ 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	出産年月日	平成・令和 年 月 日出産		
	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 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 医療施設の名称 所在地 医師・助産師等の証明 医師・助産師名 印			
市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	本 籍	筆頭者氏名		
	出生届出日	平・令 年 月 日	フリガナ 出生児氏名	出生年月日 平・令 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 市区町村長の証明 印			

右の文書を添付すること ①領収書(産科医療補償制度加入機関の押し印のあるもの)の写し
②出産育児一時金の医療機関直接支払制度を利用しない同意書