

支給決定 伺	常務理事		係		係		係		月 日 決 定
	出産年月日		令和 年 月 日			支給金額	円		
	資格関係	年 月 日			取得喪失				
	標準報酬	等級	級	月額	円	備考			

被 保 険 者
被 扶 養 者 出 産 育 児 一 時 金 申 請 書

被保険者等記号・番号		—		事業所の名称			
出産年月日		年 月 日		死産であるときはその旨			
入院して出産したときはその病産院の名称及び所在地		名称		所在地			
出生児の氏名				被保険者との続柄		出生児が被扶養者の有無 有 ・ 無	
被扶養者の出産に関するときはその者の氏名及び生年月日と続柄		氏名		被 保 険 者 と の 続 柄		出生児が被扶養者でない時はその理由	
		生年月日		昭和 平成 年 月 日			
上 記 に よ っ て 請 求 し ま す 。 年 月 日 請求者の住所 石原産業健康保険組合理事長 殿 氏 名 及 び 印							

市区町村長又は 医師、助産婦の 証 明	年 月 日		職 名	
	生産、死産(ヶ月)したことを証明する		住 所	
	(正常出産・異常出産)		氏 名	
委 任 状 上記、被保険者または被扶養者の出産育児一時金の受領を 事業主 に委任します。 年 月 日 被保険者氏名				

給付を事業主委任とせず、公金口座受取を希望される方は委任状は記載せず、「保険給付について
公金受取口座を利用することの届出」をあわせてご提出ください。