

常務理事	事務長	室長	担当

## 出産育児一時金支給請求書

該当者 いずれかに○印	<input type="checkbox"/>	本人
	<input checked="" type="checkbox"/>	家族

次の証明書類を添付して下さい  
 ・領収・明細書（直接支払制度を用いていない旨を記載）のコピー  
 ・直接支払制度を利用しない旨合意した文書（コピーも可）

被 保 険 者	記号	番号	会社名	所属
	1 2 3	1 2 3 4 5 6	〇〇〇(株)	電話番号 000-123-1234 〇〇部 〇〇課
	出産者氏名	健保 花子	出産者の 生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 被保険者と 出産者との 続柄
	出生児氏名	健保 〇〇子		妻
記 入 欄	希望送金先 (退職者のみ)	銀行名	ゆうちょ銀行不可 銀行コード	預金種別
		支店名	退職の方…記入して下さい 任意継続の方…記入不要 在職中の方…記入不要	普通 当座 貯蓄
		口座名義	カタカナで記入 口座番号	
上記の通り請求いたします。JFE健康保険組合から支給される給付金の受領を事業主に委任します。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 〒123-1234 被保険者住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇-〇〇 被保険者氏名 健保 一郎 (健保) 電話番号 012-123-1234 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。				

助 産 師 記 入 欄	出産者氏名	出生した年月日	
	生産または死産の別	生産・死産（妊娠 か月 週）	出生児の数
住所		印	
医療機関等名称			
医師または助産師 氏名 電話			

記号・番号で申請の方は  
記入の必要はありません。

健 保 記 入 欄	資格取得年月日	資格喪失日	健保受付印
	家族出産のとき家族の資格取得年月日		
	年 月 日	年 月 日	備考