

支給決定 伺	常務理事		事務長		係		受付印
	分娩年月日	年 月 日			出産育児一時金	円	
	資格関係	年 月 日 取得			備考		
		年 月 日 喪失					
	標準報酬	級	月	額			

被 保 険 者 族 出 産 育 児 一 時 金 請 求 書

TOYO TIRE健康保険組合殿

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の 記号及び番号	—	標準報酬等級	級	事業所 の名称	
	分娩年月日	年 月 日		死産であるときは その旨記入		
	出生児の氏名			被保険者との 続柄	出生児が被扶 養者であるか ある ・ ない	
	分娩した人の氏名			出生児が被扶養者 でない時はその理由		
	①被扶養者の認定を受けた日から6ヶ月以内に分娩 した場合は、被扶養者が以前加入していた被保険者証 の記号・番号及び保険者名を記入			記号・番号	被 保 険 者 名	
	②資格喪失後の分娩の場合は、ご主人の被保険者証の 記号・番号及び保険者名を記入			(保険者名) TEL()		
	他制度から分娩費をうけたかどうか		ア. 受けた イ. 受けていない ウ. 請求中			
	※資格喪失者は振込先を記入して下さい		口座番号 銀行 支店			
	上記によって請求します。					
	被保険者の住所 年 月 日 TEL () 従業員NO. _____ 氏名 _____ (印)					

市区町村長又は 医 師 助産婦の証明	年 月 日 生産、死産(月) したことを証 明する	職 住 病 院 氏 名	名 所 名 名	(印)
事 業 証 明	分娩者 被保険者の被扶養者であることを証明 する。	事 業 主 の 所 称 氏 名	氏 名	(印)

委 任 状

上記の出産育児一時金の受領を		に委任します。	
年 月 日	被保険者氏名 _____ (印)		

※本人として他の健康保険に請求している場合や、夫の健康保険に家族として請求している場合など、当健保への請求と重複することは出来ませんのでご注意ください。(どちらに請求するか選択になります。)