

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				

見本

被保険者
家族

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 る と こ ろ	被保険者証の 記号及び番号	11-12345	標準報酬等級	級	事業所 の名称	TOYO TIRE(株) 本社	
	分娩年月日	2019年 7月 3日			死産であるときは その旨記入		
	出生児の氏名	健保 一郎		被保険者との 続柄	長男	出生児が被扶 養者であるか	ある <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/>
	分娩した人の氏名	健保 花子		出生児が被扶養者 でない時はその理由		夫の扶養の為	
	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(女子被保険者)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			地・大阪 840112 (保険者名) 地方職員共済組合大阪支部 TEL(06)△△△-0000			
	他制度から分娩費をうけたかどうか		ア. 受けた イ. <input checked="" type="checkbox"/> 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		〇〇銀行	〇〇支店	口座番号 〇〇〇〇〇〇		
	上記によって請求します。						
	被保険者の住所 2019年7月10日 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 TEL (000) 000-0000 従業員NO. 9999 氏名 健保 花子 <input checked="" type="checkbox"/>						

※産科医療
機関の証明
制度対象

①又は②に該当する
場合は必ず記入し
てください!

こ
る
の
所

喪失後6ヶ月以内の出産
で請求する場合は、必ず

証
の
あ
る
領
収
書
、
請
求
書
(
写
)
を
必
ず
貼
付
し
て
請
求
書
は
認
め
て
お
り
ま
せ
ん

医師又は助産婦の 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	<input type="checkbox"/>
事 業 主 の 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 住 住 氏 名	事 業 主 の 所 称 名	<input type="checkbox"/>

委任状

上記の出産育児一時金の受領を 〇〇 〇〇 に委任します。	
2019年 7月 10日	被保険者氏名 健保 花子 <input checked="" type="checkbox"/>

被保険者は記入捺印を忘れず
に!
喪失者の請求の場合は記入しな
くて結構です。