

支 給 決 定 伺						支給決定	平成	年	月	日
出産育児一時金		常務理事	事務長							担当
		円								

被保険者
家 族

出産育児一時金請求書

一、この請求が被保険者の分娩にかかわるものである場合は表題の「被保険者」を、家族の分娩にかかわるものである場合は、「家族」を○で囲んで下さい。
二、出生児が複数の時は、それぞれ別の用紙で請求して下さい。
三、医師又は助産婦の証明が外国語で作成されている場合は、翻訳文（翻訳者の氏名・住所等を記載したもの）を添付して下さい。

被保険者証の 記号と番号			事業所の名 称・所在地			
資格取得 年月日	昭和 平成	年 月 日	分娩時の標準報 酬月額	円		
資格喪失 年月日	昭和 平成	年 月 日	分娩年月日	平成	年 月 日	
出生児の氏名			被保険者との 続柄			
家族の分娩であるときは その者の氏名・生年月日	年 月 日生					
医師又は助産 婦の証明	分娩年月 日	平成	年 月 日	生産・死産の 別	生産 ・ 死産 (妊娠第 月又は第 週)	
	上記の通り相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師 (印)					
※被扶養者認定日以後6ヶ月以内の出産で、家族出産育児一時金の請求のとき、又は、資格喪失 後 6ヶ月以内の出産で被保険者出産育児一時金を請求する場合は、次の証明を受けて下さい。						
以前加入して いた(現在加入 している)健康 保険組合・社 会保険事務所 又は共済組合 証明欄	元被保険者又 は被扶養者氏 名	(旧姓)				
	旧被保険者証 の記号番号	—	出産年月日	平成	年 月 日	
	資格取得届 年月日	平成	年 月 日	資格喪失年 月日	平成	年 月 日
	上記について出産育児一時金(家族)を支給していないことを証明します。 平成 年 月 日 名称 住所 氏名 (印)					

(振込銀行) 銀行 支店

普通・当座 口座番号

平成 年 月 日

日本事務器健康保険組合 理事長殿

受付日付印

被保険者

住所

〒 —

氏名

(印)