支 給 決 定 伺

被保険者 被扶養者	出産育児一時金	支給決定額	Н	常務理事	事 務 長	係

被保険者 被扶養者 出産育児一時金請求書

① 被保険者等記号・番号	-		②事業所	所の名称					
③分娩 年月 日	令和	年	月	日	④ 死亡のと は そ の				
⑤分娩した場所	医療施設等 の 名 称								
	医療施設等 の 所 在 地								
⑥ 配偶者の分娩であるとき はその氏名・生年月日					昭和 平成		年	月	日生
⑦ 出 生 児 の 氏 名 (死産・流産・人工妊娠中絶の 場合は記載不要)					⑧ 被保険者 との続柄				
⑨ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で	ある・	ない		E児が被扶養者 いときはその理由				
⑪ 資格喪失後6ヶ月以内	現在加入してい	いる 名	称					健康保険組合 社会保険事務所	
の分娩であるとき	健康保険の	記号	号·番号				Tel		
	給付金の振込	先		銀行		支店	普通 当座		
⑫ 被扶養者認定日後6ヶ月	認定日以前に加	1入 名	称					健康保険組合 社会保険事務所	
以内の分娩であるとき	していた健康保	険の 記 [:]	号∙番号		_			TEL	
上記のとおり申請します。									
令和	年 月		日						
住 所 被保険者の 氏 名									
東亞合成	健康保険組合理	事長 殿							

<u>+</u>		③ 分娩年月日	令和	年	月	日	⑭ 生産・死産の別	(妊娠第	生 産・死 産 月又は第	週)
市区町村長が証明する欄	医師	⑤ 出生児の数	単	胎•	多 胎(児)			
長が	` \	上記のとおり相	違ないこ	とを証明す	たる。					
証明	助産婦又	令和	年	月	B					
する	又 は			医療施設の	の名称・所在地	ļ				
欄				[医師・助産婦名	I				
					市区町村長名	l				

記入例

支 給 決 定 伺

被保険者 被扶養者	出産育児一時金	支給決定額	Ħ	常務理事	事 務 長	係

被保険者被扶養者

出産育児一時金請求書

① 被保険者等記号・番号	00- 000	000	②事業所	所の名称	00	株式会社	t 00支店	
③分娩 年月 日	令和 <i>6 年</i>	Ē 12	? 月	2 日	④ 死亡のとき は そ の 旨			
⑤分娩した場所	医療施設等 の 名 称	凸凹	産婦ノ	(科医院	完	•		
	医療施設等 の 所 在 地	東京都	8品川	区大井	1丁目×ープ	× ×		
⑥ 配偶者の分娩であるとき はその氏名・生年月日					昭和 平成	年	月	日生
⑦出 生 児 の 氏 名 (死産・流産・人工妊娠中絶の 場合は記載不要)	東亞	愛子			⑧ 被保険者 との続柄	二女		
⑨ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で	<u></u> ්නි	ない		E児が被扶養者で いときはその理由			
⑪ 資格喪失後6ヶ月以内	現在加入してい	べる 名	称				健康保険組合 社会保険事務所	
の分娩であるとき	健康保険の	記号・番号			_		Tel	
	給付金の振込	先		銀行		支店 普通		
① 被扶養者認定日後6ヶ月	認定日以前に加	1入 名	称				健康保険組合 社会保険事務所	
以内の分娩であるとき	していた健康保	険の 記 り	号·番号		-		Tel	
上記のとおり申請します。								
令和 <i>6</i>	年 12月	20	Ħ					
		住 所	00	県OC)市OO町×	番地一	·X	
	被保険者の 」	氏 名	東亞	臣 花子	7			
東亞合成	健康保険組合理	事長 殿						

市		③ 分娩年月日	令和	年	月	日	生 産 · 死 産 (妊娠第 月又は第 週)			
『区町村長が	医師	⑤ 出生児の数	単	胎・	多 胎(児)			
長ぶ	`	上記のとおり村	遺ないこ	ことを証明す	⁻ る。					
	助産婦又	令和	年	月	日		医師、助産婦または市区町村長の証明			
証明する欄	又 は			医療施設(7名称・所在地	<u> </u>	を			
欄				<u> </u>	医師・助産婦名	, 1	必ずもらってください。			
					市区町村長名	í				

記入例

支 給 決 定 伺

被保険者 被扶養者	出産育児一時金	支給決定額	н	常務理事	事 務 長	係

被保険者被扶養者

出産育児一時金請求書

① 被保険者等記号・番号	00- 000	00	②事業所	所の名称	0	〇株式会社	t 00支/	吉	
③分娩 年月 日	^{令和} 6年	12	2 月	2 日	④ 死亡のと は そ の				
⑤分娩した場所	医療施設等 の 名 称	凸凹	産婦人	(科医院	$\overline{\overline{t}}$				
	医療施設等 の所在地	京都	8品川	区大井	1丁目×-	- x x			
⑥ 配偶者の分娩であるとき はその氏名・生年月日	東亞月	₹ 子			昭和平成	45 年	7 月	19	日生
⑦ 出 生 児 の 氏 名 (死産・流産・人工妊娠中絶の 場合は記載不要)	東亞	愛 <i>子</i>			⑧ 被保険者 との続柄	二女			
⑨ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で(ಹ る) •	ない		E児が被扶養者 ⁻ いときはその理由				
⑪ 資格喪失後6ヶ月以内	現在加入している	名名	称				健康保険組 会保険事務 1		社
の分娩であるとき	健康保険の	記号	号∙番号		_		TEL		
	給付金の振込先			銀行		支店 普通 支店 当座			
⑫ 被扶養者認定日後6ヶ月	認定日以前に加力	名	称				健康保険組 会保険事務		社
以内の分娩であるとき	していた健康保険	の記号	号∙番号		_		Tel		
上記のとおり申請します。									
令和 <i>6</i>	年 12月	20	Ħ						
	住 被保険者の	所	00	。 県OC	かのの町	×番地一	X		
		名	東亞	医太色	<i>‡/3</i>				
東亞合成	健康保険組合理事	長 殿							

市		③ 分娩年月日	令和	年	月	日	④ 生産・死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠第 月又は第	週)			
区町	医師	⑤ 出生児の数	単	胎 •	多 胎(児)					
長が	`	上記のとおり相違ないことを証明する。										
証	助産婦又	を ● 令和 年 月 日		医師、助産婦または市区町村長の証明								
村長が証明する欄	又 は			医療施設	の名称・所在均	也	达 師、 助	または中区町村長の証明 ***********************************				
欄				!	医師・助産婦名	呂	必ず	もらってください。				
					市区町村長名	呂						