

支給決定伺				支給決定金額	円
常務理事	事務長		係	分娩日	年 月 日
				資格取得日	年 月 日
				資格喪失日	年 月 日

出産育児一時金申請書

被保険者証の記号－番号		被 保 険 者 氏 名	分娩者の氏名および生年月日
記号	番号		昭・平 年 月 日
分娩年月日	出生児の氏名	生産または死産の別	
年 月 日		生産 ・ 死産	
被保険者の現住所	〒 ー TEL ()		

次に該当する場合は以下にご記入ください。

- ・被保険者の方で、今回の出産が当組合資格喪失後6ヶ月以内の場合は、現在加入の健康保険名称、保険証記号・番号
- ・被扶養者の方で、今回の出産が当組合資格取得後6ヶ月以内の場合は、当組合加入前の健康保険名称、保険証記号・番号

健康保険名称	保険証記号・番号
--------	----------

※上記健康保険からも出産育児一時金が受給できる場合がありますが、重複請求はできません。

支払希望口座	銀行名	支店名	種別	口座番号	口座名義
			普 当		〃がナ.....
受領委任する 場 合	委任者	氏 名			
	受領者	住 所			
		氏 名			

医師・助産師または市区町村長の証明

分娩年月日	年 月 日	生産・死産の別	生産 死産
出生児の数	単胎 多胎 (児)		妊娠 第 週
上記のとおり相違ないことを証明する			
令和 年 月 日	医療機関 名 称 所在地 医師・助産師名		
本 籍		筆頭者氏名	
出生届の提出年月日	出生児の氏名		出生年月日
年 月 日			年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する			
令和 年 月 日	市区町村長氏名		