

支給決定伺						支給決定	令和	年	月	日
支給額	法定給付	円	常務理事	事務長						担当
	付加給付	円								
	合計	円								

資格： 年 月 日 取得・喪失

(記号番号： - ) 被保険者 被扶養者 出産育児一時金 (付加金) 支給請求書

社員番号	×××××		被保険者氏名	健保 一郎		
被保険者連絡先 (休職者・退職者のみ)	住所	〒		TEL:	( )	
出産した方の 氏名	氏名	健保 陽子		生年月日	平成4年2月11日	
出産した年月日	令和4年3月28日					
出産した 医療機関	名称:	安田病院		住所:	大田区大森北 1-11-18	
				TEL:	03 ( 4590 ) 1×××	
給付金の受領について (どちらかにご記入下さい)						
<input checked="" type="checkbox"/> 1. 在職中の方		事業主に委任します。				
		令和4年4月11日			被保険者氏名 健保 一郎	
<input type="checkbox"/> 2. 資格喪失後の方・在職中で 給与口座以外を希望の方 (振込口座記入)		銀行 支店	口座番号 (普通)			
			口座名義 (カタカナ)			
*被扶養者認定日以後6ヶ月以内の出産で、被扶養者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、下記にご記入願います。						
以前加入して いた健康保険 の名称	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	該当の方のみご記入願います				
	資格取得年月日	日				
	名称: 住所: TEL:					

医師又は助産師の証明	出産年月日	医師に証明を頂くか、出生証明書の場合は 原本または、母子健康手帳の最初のページ に出生届出があったことを証明するもの (出生届出済証明)の場合はコピーの添付 に代用可
	出生児	
	上記のとおり	

※医師又は助産師の