

支給決議書			支給額	円
常務理事	事務長	係	出産育児一時金	円
			産科医療補償制度	有・無
資格取得	昭・平・令 年 月 日		出産日	令和 年 月 日

上記は記入しないでください。

家族出産育児一時金 請求書

令和 X 年 X 月 X 日請求

この申請書を提出するにあたり、個人情報保護法による利用目的を理解し、個人情報の第三者提供に同意します。
訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）

日本無線健康保険組合 御中

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 1010	被保険者の 氏名	健保 太郎		
	委任状	私は、事業主を代理人と定め、請求した家族出産育児一時金の受領に関し、事業主に委任します。				
	被保険者の 住所	〒 ○○○○-○○○ ○○県○○市○○町 1-2-3				
	会社名および所属	日本無線株式会社		部	課	
	出産年月日	令和 X年 X月 X日	生産または死産の別	生産・死産		
	家族氏名	健保 花子		生年月日	昭平 XX年 X月 X日	
	出産前・6ヵ月以内に勤務していたことがありますか？	有・無				
	有の場合は右記に ご記入ください	勤務していた会社の健康保険組合名または全国健康保険協会 (双方に請求することは出来ません)				
		健康保険組合	電話	○○-○○○○-○○○○		
		全国健康保険協会 支部	記号	○○○○	番号	○○○○

医師・助産師または市区町村長が証明するところ

証 明 欄 （ い ず れ か に ご 記 入 く だ さ い ）	医師・助産師が証明するところ	出産年月日	令和 年 月 日出産			
		生産・死産の別	生産・死産（妊娠第 月又は第 週）			
		出生児の数	単胎・多胎（ 児）			
		上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称 所在地 医師・助産師名 医師・助産師等の証明				
	市区町村長が証明するところ（生産のみ）	本籍			筆頭者氏名	
出生届出日		令和 年 月 日	フリガナ 出生児氏名	出生年月日	令和 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 市区町村長名 市区町村長の証明 印						

右の文書を添付すること ①領収書(産科医療補償制度加入機関の押し印のあるもの)の写し
②出産育児一時金の医療機関直接支払制度を利用しない同意書

